

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL  
ECUADOR**

**FACULTAD DE ECONOMÍA**

**Disertación previa a la obtención del título de Economista**

*Sistema de protección de salud y pensiones para adultos  
mayores: vínculos socioeconómicos y sociodemográficos.*

*Andrea Ledesma Alarcón  
andrevledesma@gmail.com*

*Director: Econ. José Martínez  
dobronsky\_7@hotmail.com*

**Quito, Octubre de 2012**

## ***Resumen***

El presente trabajo estudia los orígenes del estado de bienestar y la seguridad social en Europa, centrándose en el sistema de pensiones para adultos mayores; analizando un país con similar número de adultos mayores e identificando el papel del estado finlandés frente a la problemática de los adultos mayores. En una segunda parte se muestra la situación actual de los adultos mayores en el Ecuador y la actuación del estado ecuatoriano y sus instituciones frente esta población, para de esta manera concluir con el análisis de uno de los instrumentos de protección social dentro del Ecuador como son las transferencias focalizadas como el bono de desarrollo humano y las pensiones asistenciales que son destinados a personas en condiciones de pobreza, adultos mayores y personas con discapacidad, determinando el impacto que tienen las pensiones asistenciales sobre las condiciones de vida de los adultos mayores.

***Palabras claves:*** Adultos mayores, Estado de bienestar, Pensiones, Protección social, Seguridad Social, Transferencias Focalizadas.

*Aquellas personas de sesenta y piquito de edad.*

*A mis padres. Edgar y Ellen*

# **Sistema de protección de salud y pensiones para adultos mayores: vínculos socioeconómicos y sociodemográficos.**

<b>Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>Metodología del trabajo .....</b>	<b>7</b>
<b>Fundamentos teóricos .....</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo 1: Estado de Bienestar y la Seguridad Social su experiencia en países europeos .....</b>	<b>18</b>
Seguridad social y sus orígenes .....	18
Informe de Beveridge.....	21
Organización para la Cooperación de Desarrollo Económico (OCDE) .....	24
Países Europeos .....	24
Finlandia .....	29
<b>Capítulo 2: Situación actual de los adultos mayores en el Ecuador y la actuación del Estado. ....</b>	<b>35</b>
Aspectos demográficos.....	36
Aspectos sociales .....	39
Caracterización .....	48
Política social del estado: principales programas.....	54
<b>Capítulo 3: Protección social y pensión asistencial para adultos mayores en el Ecuador .....</b>	<b>58</b>
Programa SELBEN – Registro Social .....	59
Caracterización población Selben – Registro Social .....	61
Bono de Desarrollo Humano – Pensiones Asistenciales .....	65
Análisis .....	68
<b>Conclusiones.....</b>	<b>76</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>77</b>
<b>Referencia bibliográfica .....</b>	<b>78</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>81</b>

## ***Introducción***

Las razones que han motivado la realización de la investigación son tanto de carácter personal como de carácter social. A través de los años he observado la preocupación por dictar políticas las cuales vayan direccionadas a la atención de la niñez y la juventud; esta preocupación no viene solamente desde las autoridades sino desde la sociedad en general.

Las personas de la tercera edad son una fracción de la población que ha sido descuidada y no es tomada en cuenta por muchas instituciones y autoridades al momento de la toma de decisiones. No tienen presente de que estas personas han cumplido un ciclo, y así como ahora se preocupan de los niños y las niñas, alguna vez se preocuparon por los adultos mayores cuando estaban en la etapa de la niñez.

Como resultado de este trabajo se busca plantear una propuesta que posibilite reinsertar a adultos mayores en políticas y decisiones de las autoridades. Decisiones las cuales inviertan en estas personas para mejorar sus condiciones de vida con adecuados sistemas de protección social y de salud, así como también con actividades las cuales aporten a que estas personas se sientan útiles en su vejez.

En el capítulo uno desarrolla de una manera más profunda los fundamentos teóricos de este estudio, esto para explicar de una forma más profunda acerca de los orígenes y fortalecimiento de la seguridad social y protección social en los países europeos. Una vez descritas las características y funcionamiento de la seguridad y protección social en Europa, el estudio se centra en cómo estas políticas actúan frente a los adultos mayores. En la segunda parte de este capítulo se parte de un breve análisis de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) de todos sus países miembros en conjunto donde la mayoría son países europeos, después se escogió un país de Europa miembro de la organización el cual tenga un similar número de adultos mayores que el Ecuador, en Finlandia para el año 2010 los adultos mayores sumaban un total de 979640 personas mientras que en Ecuador eran 940905. Para este país se hizo un amplio análisis acerca de la edad de jubilación, el sistema de pensiones destinado a las personas de 65 años y más, el monto destinado a la protección y seguridad social. Este estudio se realiza con el fin de tener una idea más clara de cómo otros países actúan frente a la problemática del envejecimiento de la población, ya que esta proporción de la población cada vez va en aumento.

En el capítulo dos se desarrolla la caracterización de los adultos mayores dentro del Ecuador, aspectos sociales, demográficos y económicos. Toda esta información fue posible con el Censo de Población y Vivienda del 2010, el cual permitió determinar el número de adultos mayores que hay en el país, además como están distribuidos en las tres regiones y en las 24 provincias ecuatorianas; esto junto con la autoidentificación étnica enmarcan los aspectos demográficos. Por el lado de los aspectos sociales se estudia las condiciones materiales (tipo de vivienda, materiales de vivienda, tenencia de vivienda) de estas personas, así como también características educativas, conyugales, composición del hogar, acceso a la salud y seguridad social. En los aspectos económicos se enfoca en cuanto a las pensiones por parte del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, se describe al sistema de seguridad social por parte de esta institución, el número de beneficiarios y afiliados, y además el monto que reciben de acuerdo a los aportes realizados. Para finalizar el capítulo

se detallan los diferentes programas destinados a los adultos mayores ecuatorianos por parte del Estado y de diferentes entidades públicas, para de esta manera señalar la actuación del Estado y sus instituciones frente a la problemática de los adultos mayores en el Ecuador.

Para finalizar este trabajo con el capítulo tres, se describe el programa de Registro Social antes llamado Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de programas sociales a cargo del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Para que una persona sea beneficiaria de los programas sociales, en este caso el bono de desarrollo humano y las pensiones asistenciales, se maneja un criterio de la línea de pobreza la cual está determinada con el índice de bienestar calculado bajo algunos criterios. En esta sección se estudia la población adulta mayor dentro de la base de este programa; es decir, el número de personas de la tercera edad encuestadas por el Registro Social. El fin de este capítulo es determinar el impacto que tiene la pensión asistencial de 35 dólares en las condiciones de vida de los adultos mayores, para de esta manera plantear una propuesta que colabore al fortalecimiento de este programa social.

### ***Pregunta general***

¿Qué impacto genera un sistema no contributivo de pensiones asistenciales en las condiciones de vida de los adultos mayores?

### ***Objetivo general***

Analizar el impacto que genera el sistema no contributivo de pensiones asistenciales en las condiciones de vida de los adultos mayores.

#### **Objetivos específicos**

- Analizar las estrategias implementadas por los países europeos respecto a la problemática de personas de la tercera edad.
- Determinar el papel del Estado ante la problemática de las personas de la tercera edad.
- Analizar el sistema no contributivo de transferencias focalizadas del Ecuador.
- Proponer alternativas para mejorar la situación de las personas de la tercera edad.

### ***Preguntas específicas***

- ¿Cuáles han sido las estrategias implementadas con respecto a personas de la tercera edad en Europa?
- ¿Cuál ha sido el papel del Estado ecuatoriano ante la problemática de las personas de la tercera edad?
- ¿Qué impacto tienen las transferencias focalizadas en las condiciones de vida de los adultos mayores?
- ¿Qué medida se deben tomar para mejorar la situación actual de las personas de la tercera edad?

## ***Metodología del trabajo***

En la primera parte de este trabajo se parte de la teoría del Estado de Bienestar y el origen de la seguridad social dentro de éste. Para este análisis se utilizó una investigación de tipo descriptiva ya que el objetivo era describir el funcionamiento del estado de bienestar y focalizarse en el sistema de seguridad social, como se explica sus orígenes fueron en Europa y es por eso que se analizó la experiencia en un país pionero en un sistema de protección social consolidado a través del tiempo y que para el año 2010 tenía un número similar de adultos mayores que el Ecuador, cabe recalcar que el análisis acerca de este sistema se centra en la población adulta mayor, en el sistema de pensiones y seguridad social para estas personas. Una vez clara una estructura de un sistema de protección social de otro país se continúa en el tercer capítulo con la evaluación del sistema de protección social centrándose en las transferencias monetarias como el bono de desarrollo humano o las pensiones asistenciales.

La investigación que se ha llevado a cabo es la investigación cuantitativa puesto que se recurrió al análisis de ciertas variables para mostrar como viven los adultos mayores y en cual es la situación en la que actualmente se encuentran. La técnica utilizada fue descriptiva, ya que en el segundo capítulo se procedió a la descripción de la realidad de los adultos mayores dentro del país basándose en el procesamiento de los datos recopilados en el Censo de Población y Vivienda 2010 (CPV), a partir de la base del CPV se filtró aquellas personas de 65 años y más para obtener la muestra pertinente para este estudio.

En el tercer capítulo se basa en un tipo de investigación cuantitativa cuasi experimental, también conocido como “diseño cuasi experimental”. Para este tipo de diseño es necesaria la formación de los grupos de estudio; es decir, a diferencia del diseño experimental en el cual los grupos de análisis son conformados aleatoriamente. Entonces, para el diseño utilizado en este trabajo se procedió al cálculo de vecindades para la conformación del grupo de tratamiento y el grupo de control; se llama vecindades a personas que se ubican por encima y por debajo de un punto de corte según sea el estudio, en este caso el punto de corte es la línea de pobreza la cual determina quienes son beneficiarios y quienes no. El objetivo de este diseño es encontrar o identificar un grupo de individuos que no son beneficiarios (grupo de control) de un programa social y cumplen con las características para serlo y son similares a las personas que conforman el grupo de tratamiento (beneficiarios); similares en características observables.

El método utilizado dentro del diseño se llama “de diferencia” o “diferencia de las medias” que consiste en escoger variables en las cuales los dos grupos pueden ser comparables uno con otro, esta comparación se da a partir de las medias de los grupos en cada variable. (Navarro, 2005). Las variables que fueron escogidas agrupan aspectos sociodemográficos y que permitan analizar de una manera más concreta los componentes para medir las condiciones de vida de la población estudiada.

En el caso del análisis que se desarrolla en el presente trabajo se trabajó con dos índices de elegibilidad, en primer lugar la edad ya que se escogió la población de los adultos mayores (personas de 65 años y más), una vez clasificada la población se prosiguió a trabajar con el

punto de corte de pobreza o índice de pobreza (36,60 puntos que determina la pobreza moderada) el cual establece quienes son beneficiarios y quiénes no lo son.

Todos estos pasos ayudaron para modelar el efecto de las transferencias focalizadas como son el BDH o las pensiones asistenciales hacia las personas de la tercera, esto se logró con la ayuda de un diseño de regresión discontinua (RD) creado en base a las personas que se encuentran alrededor del punto de corte del segundo quintil del índice de pobreza, este índice ha sido creado a partir de la encuesta de Registro Social, se calcula designando un puntaje a cada componente que permita construir los puntos de corte de pobreza moderada y extrema pobreza. Los componentes corresponden a una serie de variables vinculadas a la vivienda, tenencia de bienes, escolaridad, servicios básicos, etc.

Las fuentes primarias utilizadas para el desarrollo del segundo y tercer capítulo de este trabajo fueron:

- 1) Censo de Población y Vivienda realizado por Instituto Nacional de Estadísticas del Ecuador en el año 2010, es una fuente que se no se levanta en base a una muestra si no sobre la población total y hace un recuento de la población y las viviendas para generar información acerca de la magnitud, estructura, crecimiento, distribución de la población y de sus características económicas, sociales y demográficas. Es así que esta fuente permitió tener el número de adultos mayores que se existen en el Ecuador, su ubicación geográfica, condiciones de vida y características generales de esta población. Aproximadamente son 5 componentes del Censo los que se utilizan para el análisis del segundo capítulo.
- 2) Encuesta de Registro Social levantada por la Dirección del Registro Social del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) en el año 2008, es una fuente que agrupa información sobre las personas que se encuentran en los sectores censales<sup>1</sup> más vulnerables del país (26000 sectores de 32000). Partir de los sectores más vulnerables del país permite identificar a los grupos que necesitan de atención prioritaria o comúnmente llamados grupos vulnerables o en condiciones de pobreza. Esta fuente permite la recolección de información demográfica, social y económica de las personas encuestadas, para después de realizar un procesamiento de datos e identificados los componentes para la construcción del Índice de Bienestar permita clasificar quienes serán beneficiarios y quienes no de los programas sociales de transferencias.

Con el apoyo del programa estadístico Stata, fue posible el procesamiento de la información que se muestra tanto en el capítulo 2 y 3; a partir del CPV se obtuvo las características sociodemográficas de la población adulta mayor escogiendo diferentes variables las cuales permitan explicar las condiciones de vida de los adultos mayores y además mostrar la situación en la que actualmente se encuentran viviendo, la mayoría de los datos mostrados en el segundo capítulo son datos absolutos y porcentuales. Los datos porcentuales se

---

<sup>1</sup> Los sectores censales son identificados a través de la División Política Administrativa (DPA) del 2001, puesto que el levantamiento de esta encuesta se realizó en el 2008. Y para identificar aquellos que son vulnerables o no lo son, se partió en estudios realizados sobre pobreza por necesidades básicas insatisfechas y pobreza por consumo.



encuentran calculados con relación a la población total de adultos mayores y no sobre la población total de ecuatorianos.

La fuente de datos que permite recoger la información sobre las personas que pueden ser beneficiarios o no del programa de transferencias focalizadas es la encuesta levantada por el Registro Social (MCDS), su formulario es similar al CPV con la diferencia que posee un módulo que recoge información sobre la tenencia de activos; esta información es necesario para el cálculo del índice de bienestar el que permite establecer el puntaje que será comparado con el punto de corte que determina quienes se encuentran en condiciones de pobreza moderada o extrema pobreza. Esta fuente de datos fue la herramienta principal para la obtención de los resultados mostrados al final del trabajo, partiendo de la recolección de las variables con las que se inició el análisis hasta obtener las tres últimas variables con las cuales se corrió la regresión discontinua para medir el impacto de las pensiones asistenciales en las condiciones de vida de los adultos mayores.

Las fuentes secundarias fueron utilizadas para la realización del primer capítulo, entre estas se encuentran documentación teórica e investigativa acerca de los orígenes, formación y desarrollo del Estado de Bienestar en países europeos; así como también el origen del sistema de protección social que se desarrolla más puntualmente en el tema de pensiones para adultos mayores. Además se hizo referencia a varios autores y fundadores de las teorías desarrolladas, entre ellos están: William Beveridge, Esping Andersen; publicaciones de organizaciones como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD). En el caso de los datos estadísticos utilizados en el segundo capítulo se acudió a la consulta de las instituciones encargadas de llevar presupuestos, datos demográficos y datos sociales, el tema de pensiones fue de gran utilidad la información que se presentaba en el centro de pensiones de Finlandia (Finnish centre for pensions).

## ***Fundamentos teóricos***

Después de la revolución industrial en Europa surgió en la sociedad inequidad y desigualdad en los procesos económicos; debido a esto se impuso una corriente de pensamiento que se oponía a las posiciones políticas y académicas que dominaban en aquella época. Estas posiciones conservadoras que empezaban a cobrar presencia, obligaban a las instituciones de gobierno a permanecer al margen de la dinámica de la economía, de proteger el territorio y el orden público; también se incluía entregar de manera marginal y eventual ayudas de tipo asistencial a los pobres.

Al contrario de los postulados conservadores, la oposición reformista veía al Estado como una solución alternativa a los problemas estructurales del capitalismo, que ponían en riesgo la estabilidad y permanencia de las instituciones de gobierno. Para ellos, el Estado debía ser el ente que asuma una posición activa ante la desigualdad que surgió con la expansión industrial; el objetivo era moderar los fenómenos sociales como la indigencia y el desempleo. Estas recomendaciones reformistas tomaron fuerza cuando varios gobiernos europeos decidieron adoptar medidas de política social para beneficiar a diferentes grupos de la población. Los estragos de la primera guerra mundial y la gran depresión fueron acontecimientos para que las reformas sociales se extiendan y se establezcan nuevas decisiones propensas a la regulación pública de las actividades económicas.

En Alemania durante el mandato del canciller Bismark, se adoptaron las primeras medidas públicas tendientes a institucionalizar un sistema de protección que beneficiaría a algunos grupos de trabajadores. Desde 1883 a 1889, se aprobaron las primeras leyes que establecieron seguros obligatorios contributivos contra enfermedades, accidentes, invalidez y vejez; esto originó las bases de la moderna seguridad social bajo el principio contributivo, mediante el cual se financiaba obligatoriamente un sistema básico de previsión social. Se empezó a considerar a los trabajadores como sujetos de derecho y obligaciones, y no pobres potenciales que tan sólo podían recurrir a ayudas estatales contingentes en caso de pérdida del empleo (Flora y Heidenheimer, 1981).

Los seguros eran financiados con las aportaciones conjuntas o provenientes de tres fuentes principales: trabajadores y empresarios cubrían el seguro de enfermedad, los empresarios los seguros contra accidentes de trabajo, el gobierno junto con el trabajador y el empresario los derechos a una pensión por vejez o invalidez. (Venturi, 1994). La obligatoriedad del sistema de la seguridad social en el marco de un estado social de derecho fue el elemento clave que permitió su consolidación y su apoyo legitimador por parte de empresarios, trabajadores y servidores públicos o funcionarios.

Los sistemas de seguros contributivos de finales del siglo pasado marcaron el inicio de una intervención estatal destinada a garantizar la seguridad social a las clases asalariadas. Los primeros beneficiarios de estos sistemas fueron los obreros carentes de protección frente a la explotación y las necesidades vitales más apremiantes. Mediante contribuciones a fondos de seguros sociales de previsión se posibilita el pago para cubrir situaciones de riesgo, tales como la enfermedad, la vejez o la viudedad. Cabe reiterar que los modernos sistemas de protección social tuvieron sus orígenes y localización geográfica en la Europa contemporánea. El estado de bienestar es una invención europea cuya característica

institucional más notable es el establecimiento de mecanismos obligatorios de solidaridad entre ciudadanos.

Entre 1918 y 1933 durante la República de Weimar (Alemania), con el partido social demócrata comenzó a conformarse un nuevo orden constitucional que posteriormente sentaría las bases jurídicas y morales que han justificado la expansión de la intervención estatal en el desarrollo de la sociedad, hasta transformarse lo que hoy en día se conoce como el estado de bienestar. Entonces se puede decir que el gran aporte de Weimar al desarrollo de la sociedad europea fue dar el paso a una aproximación de un orden social con características distintas a las que prevalecían en las economías capitalistas contemporáneas, esto entabló un programa de reformas en las cuales el principal ingrediente para fomentar el progreso social era la intervención estatal.

Fueron los socialdemócratas junto con los liberales progresistas quienes propusieron la unión de tres elementos: intervencionismo estatal, mercado y democracia. Bajo esta propuesta, fue por primera vez el indicio de que el cambio social debía ser impulsado por canales de democracia representativa y de la participación activa del sector público en la regulación de la economía y velar por los intereses y bienestar de la sociedad. Es a raíz de estos acontecimientos que la intervención social tenía el compromiso de extender la cobertura de los servicios públicos en tres dimensiones de bienestar: seguridad social, vivienda y educación; esto incluía llegar a la población que se encontraba desprotegida. Todo este proceso por construir un nuevo modelo de estado fue interrumpido por la irrupción del nazismo en la política alemana durante los años 30. Pero fue en la segunda posguerra cuando se retomó y profundizó todo el aprendizaje obtenido durante las guerras, esto fue el camino para el cambio y motor para que países de Europa occidental opte medidas para sus gobiernos. (Ordoñez, 2002).

Años antes de finalizar la segunda guerra mundial, en el gobierno británico dirigido por el reformista Lord Beveridge ya se había planteado el diseño del seguro de desempleo en Inglaterra. Además, se reconocía como responsabilidad del Estado proveer a todos los ciudadanos (sin importar su capacidad contributiva) un mínimo nacional de ingresos y servicios que les permita enfrentar los riesgos de la vida y que los motivara a mejorar sus condiciones de subsistencia. Se propuso que la seguridad social se entienda como un derecho social solidario y que obligue al Estado y a la sociedad a proporcionar un mínimo de bienestar general, esto no estaba estrechamente relacionado con las aportaciones que el ciudadano realizaba para el financiamiento de los servicios. Los costos que representaban esta reforma debían ser cubiertos con los recursos fiscales del Estado y con las contribuciones de los empresarios y trabajadores al nuevo sistema. (Ordoñez, 2002).

En el escenario Europeo se dio una generalización del estado de bienestar, causa de la influencia que tuvo el modelo inglés y de la experiencia acumulada por países que fueron los pioneros en la adopción de políticas sociales de cobertura nacional, dentro de estos países se encontraban: Dinamarca, Alemania, Francia y Suecia. También hubo esfuerzos por parte de la Oficina Internacional de Trabajo<sup>2</sup> que extendió la seguridad social, y contribuyó a generar un ambiente favorable para la difusión de sistemas universales de bienestar.

---

<sup>2</sup> Organismo especializado de las Naciones Unidas cuya finalidad es la defensa de los derechos de los trabajadores.

Después de la segunda guerra mundial los socio demócratas en Alemania pudieron imponer bases de un orden estatal comprometido con el progreso social; por otro lado, los liberales progresistas en Inglaterra fueron quienes consolidaron un plan integral para la conformación de poderes públicos para intervenir en el desarrollo de la sociedad, estableciendo políticas e instituciones que definieron al Estado de Bienestar. Las naciones capitalistas, en poco tiempo, fueron acogiendo el modelo inglés; veían al estado de bienestar como una alternativa de futuro.

Alrededor de los años 70 todas las capitales demócratas del occidente promulgaron una serie de beneficios sociales. Los programas legislados en esta área fueron ideados en función de la noción de un “ciclo de vida fordista”. El ciclo fordista incluía un periodo de retiro con seguridad de ingresos (pensiones), provenientes una parte del sector privado y otra parte de una serie de beneficios públicos. El propósito de estos programas sociales fue principalmente mantener los estándares de vida y proteger contra los riesgos asociados con desempleo, enfermedad, jubilación y viudez; en segundo plano reducir la pobreza (Binstock, 1998).

Surgieron cambios profundos en el crecimiento económico y el empleo en los países industrializados del occidente. La fuerza laboral fue creciendo, incluyendo el aumento de la presencia de la mujer en el mercado laboral. Al mismo tiempo, se dieron grandes avances en la tecnología, productividad del trabajo y el ingreso per cápita. Las políticas dentro del estado de bienestar estaban dirigidas a miembros vulnerables de una población, estaban relacionadas con el empleo y el desempleo, pero la legislación y prestaciones abordan otras áreas como el cuidado de la salud, educación, cuidado de los adolescentes y ancianos, hogar y la canasta básica.

Tres sucesos paralelos e interdependientes fueron los causantes del origen del moderno estado de bienestar. Uno, el capitalismo como modo de producción; dos, la democracia como un medio de representación y un cambio en la política con principio de igualdad ciudadana; y por último el Estado, con objetivos de estabilidad económica, progreso social y legitimidad popular.

El Estado de Bienestar es un conjunto de instituciones públicas dirigidas a los ciudadanos mediante políticas sociales para la mejora de sus condiciones de vida y a la generación de igualdad de oportunidades para las personas. En otras palabras es la actuación del Estado para hacer frente a riesgos a los cuales el mercado no brinda una cobertura eficiente ni equitativa. El Estado Bienestar ha sido representado en el terreno de la distribución secundaria del ingreso a través de las transferencias monetarias directas (pensiones, prestaciones por desempleo o asignaciones familiares) o indirectas (subsidios a productos de consumo básico), provisión de bienes (programas de complementación alimentaria) y prestaciones de servicios (educación o salud); también forma parte de la configuración las intervenciones normativas, en las que el Estado no financia ni provee servicios o bienes, sino que establece un marco regulatorio bajo el cual se rige toda la actividad económica, así como la estructura impositiva. Existen dos formas de medir los propósitos de este estado. Primero, consiste en medir el gasto social como porcentaje del PIB (este porcentaje refleja el esfuerzo que un país realiza, para proporcionar a los ciudadanos prestaciones sociales básicas). Segundo, se trata de medir el gasto en prestaciones sociales per cápita (beneficiarios de cada programa), con este indicador se puede determinar el disfrute efectivo de los ciudadanos de las diferentes prestaciones.

Dentro de los principales programas que el Estado de Bienestar ofrece a través del gasto social son:

- Pensiones por habitante mayor de 65 años
- Sanidad.
- Pensiones de incapacidad.
- Ayuda a la familia.
- Seguro por desempleo.
- Políticas laborales activas para personas en edad de trabajar.
- Prestaciones sociales dirigidas a la integración social de determinados grupos en situación de exclusión social.
- Vivienda.
- Educación.

Sistema impositivo:

- Impuestos al consumo.
- Impuestos al trabajo.
- Impuestos al capital.

La construcción de la Europa Social se origina tras la constitución de la Unión Económica y Monetaria. Los sistemas de protección son resultado de largas trayectorias de solidaridad en los estados miembros de la Unión Europea. Las nuevas asociaciones de ayuda mutua o interés común, junto a las instancias gubernamentales, instancias del ámbito privado y familiar; contribuyen a una mayor optimización del bienestar de los ciudadanos. Esto muestra el deseo de complementar la provisión pública de políticas sociales con otros mecanismos ajenos a cierta uniformización estatal.

Las tres grandes corrientes ideológicas europeas animadoras del debate sobre la cuestión social a mediados del siglo XIX y las inspiradoras de los programas gubernamentales responsables de las modernas estructuras públicas de programas gubernamentales de protección social, fueron cristianodemócrata, liberal y socialdemócrata. Cabe recalcar que a ninguna de estas corrientes se les atribuye la paternidad ideológica del estado de bienestar. Los frutos institucionales han sido fruto de la contienda electoral e ideológica, tradiciones culturales y los modos de vida predominantes en los distintos países europeos. Todo esto se ha plasmado en la configuración de dos grandes modelos de bienestar:

- Universalista: considera derechos fundamentales para generar bienestar a los ciudadanos, plasmados en accesibilidad sin restricciones a políticas y servicios sociales. Las prestaciones económicas son de igual cuantía para todos los beneficiarios. Se financia a través de vía impositiva con cargo a los presupuestos generales estatales. Por lo tanto, se producen transferencias redistributivas de rentas por vía fiscal entre los contribuyentes. Países que se ajustan a estas características son Suecia y Dinamarca.
- Ocupacional: se basa en el principio contributivo de la seguridad social, principal mecanismo institucional de bienestar y previsión social. Las prestaciones monetarias, en especial las pensiones, se perciben de acuerdo a las contribuciones realizadas.

Se da una mayor importancia a la proporción de gastos orientados a las pensiones. Para este modelo Alemania y Bélgica son los países que ajustan a sus principios.

Dentro de la teoría del Estado de Bienestar, Esping Andersen (1990) expone que existen dos fundamentales regímenes dentro de Europa. El primer régimen es conocido como el modelo escandinavo o régimen socialdemócrata; el cual se basa en el concepto de universalización y armonización de las clases sociales y además entre géneros (solidaridad de base universal). Los países bajo este modelo, permitió a las mujeres insertarse en el mercado laboral y tener la oportunidad de conseguir un empleo. En el aspecto laboral esto condujo a una segmentación entre hombres y mujeres; mientras los hombres se desenvolvían en el sector privado, las mujeres trabajaban en el sector de servicios dependiente de las prestaciones sociales públicas. El Estado desempeña un papel central frente a las posiciones marginales de la familia y del mercado. Suecia, Dinamarca, Noruega y Finlandia se encuentran dentro de este modelo.

El otro régimen identificado es el modelo conservador, bajo este modelo se encuentran países como España, Italia, Alemania, Francia, Bélgica y Portugal. Estos países construyeron su estado de bienestar a través de sistemas de seguridad social profesionalista. Según Esping Adersen, este régimen se sustenta en que el núcleo familiar se constituye en una fuente de provisión de cuidados para cada uno de sus miembros, especialmente para los niños, ancianos y enfermos (la solidaridad familiar). Dentro de este núcleo es el hombre el garante, por su salario, de la cobertura de necesidades de la familia. La figura central de este modelo es el seguro contributivo financiado por impuestos sobre la nómina salarial; para este modelo el estado de bienestar actúa como regulador y compensador de sistemas corporativos de gestión del riesgo social delimitando el papel del mercado pero constituyendo a la familia en un espacio central para el bienestar de los individuos.

El régimen liberal no enmarca a ningún país de Europa Occidental, los países bajo este modelo son Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda e Irlanda. Considera como responsable de la solidaridad al mercado. Confía en la familia y en el mercado para la satisfacción de las necesidades. Los subsidios sociales son modestos y escasos, se restringen a los estratos sociales más bajos, estimulando al resto de la sociedad a adquirir seguros sociales privados. Tiene un enfoque de asistencia social basado en necesidades, para ello desarrolla medios e instrumentos que permitan determinar o demostrar las necesidades de las personas u hogares. Este tipo de régimen destaca que la protección social del sector privado se ha ido desplazando desde la cobertura colectiva de riesgos a la suscripción individual de planes de pensión y salud y a la prestación de servicios por el mercado.

Diferentes definiciones del estado de bienestar enfatizan aspectos particulares del mismo fenómeno, tales como:

- Suma de medidas desarrolladas por la sociedad con el fin de enfrentar sus problemas sociales (Titmuss, 1974, p. 47).
- Protección gubernamental mínima de niveles básicos de ingresos, nutrición, salud, y educación, asegurados a cada ciudadano como un derecho, no como caridad (Wilensky, 1975, p. 30).

- Una política en la cual las responsabilidades estatales van además de la mera conservación del orden interno y externo, en la dirección de una responsabilidad pública por el bienestar de los ciudadanos (Alber, 1988, p. 451).
- La política de los gobiernos relacionada con la acción con impacto sobre el bienestar de los ciudadanos, al proporcionarles servicios o renta (Marshall, 1965, p. 7).
- El uso del poder estatal para modificar la reproducción de la fuerza de trabajo y para mantener a la población no trabajadora en las sociedades capitalistas (Gough, 1979, p. 45).
- El estado de bienestar es visto como una articulación de los conflictos distributivos, en particular, un conflicto entre principios de mercado y principios de ubicación política, centrados en torno a los arreglos institucionales de las políticas sociales (Esping-Andersen, 1985, p. 227).
- El término estado de bienestar designa un conjunto de respuestas políticas al proceso de modernización, consistiendo en intervenciones políticas en el funcionamiento de la economía y en la distribución social de las oportunidades, que apuntan a promover la seguridad y la igualdad de los ciudadanos en el sentido de posibilitar la integración social de sociedades industriales altamente movilizadas (Alber, 1981, p. 456).

## **Seguridad social y asistencia social**

La gran mayoría de la población logra tener acceso a una protección a través de su participación en el mercado laboral formal, así el trabajador y su familia son protegidos ante principales riesgos sociales. Esto se logra bajo regímenes de un sistema contributivo que siguen los modelos tradicionales de seguro social.

Los sistemas contributivos requieren el pago de contribuciones por parte de los beneficiarios o de otras partes en nombre de las personas que se beneficiarán, con el fin de asegurar el derecho a pensiones y beneficios. Estos sistemas se denominan sistemas de seguro social. Durante la vida activa del afiliado el Estado capta en forma de un impuesto o contribución a la seguridad social una parte del ingreso actual del individuo y destinarlo a financiar el sistema para asegurar un consumo durante la vejez.

Por otro lado, cierto fragmento de la población queda fuera del alcance de la seguridad social tradicional, es por eso que la protección depende de programas bajo un sistema no contributivo y programas asistenciales. También conocido como asistencia social, que se refiere a un conjunto de políticas no contributivas destinadas a aquellas personas que se encuentran en situación de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad. (Bertranou, Solorio y Van Ginneken, 2002)

Los programas de pensiones no contributivas y asistenciales otorgan transferencias monetarias focalizadas de acuerdo a la población objetivo, pueden ser adultos mayores, personas en condiciones de pobreza o extrema pobreza, personas con invalidez o discapacidad. Una de las características de estos programas se refiere al hecho de que las condiciones de adquisición están generalmente desvinculadas de la trayectoria laboral y el financiamiento proviene de impuestos de los ingresos generales. Además tienen como objetivo primordial evitar la pobreza y extrema pobreza de los beneficiarios y sus familias.

En muchos países se presenta la necesidad de integrar estos programas con otros cuyo objetivo es reducir la vulnerabilidad de los hogares más pobres, esto lleva a que los programas sean administrados por ministerios o instituciones públicas vinculadas a la asistencia y/o desarrollo social.

Dentro de los instrumentos de la protección social bajo un principio no contributivo se encuentran programas como los mencionados anteriormente, una manera de evaluar la efectividad o impacto que han tenido estos programas es a través de modelos econométricos que permiten estimar o comprobar el impacto sobre la vida de las personas, en otras palabras se analiza a través de una evaluación de impacto.

Los diseños de evaluación de impacto se clasifican en experimentales y cuasi-experimentales, siendo la principal diferencia la forma como se asignan los participantes a los grupos de tratamiento y control (aleatoria en el diseño experimental y no aleatoria en el cuasi-experimental). El diseño cuasi-experimental también conocido como modelo de regresiones discontinuas se basa en información existente, y de esta manera nos permite crear grupos de beneficiarios y de comparación o también conocidos como grupos de tratamiento y control; estos grupos deben tener similares características en las cuales pueden ser comparados y analizados. La idea es obtener variables en las cuales no existan diferencias estadísticamente significativas; es decir, que estos dos grupos no sean muy diferentes. (Aedo, 2005).

Además de tener identificadas las características observables similares entre los grupos de control y tratamiento, es necesario tener en cuenta las variables inobservables; es decir, aquellas que aunque no se las puede ver están presentes en cada uno de los grupos, por ejemplo la motivación, preferencias u otros rasgos de personalidad que son difíciles de medir. Se debe tener en cuenta este tipo de variables o características cuando la selección de los grupos se ha dado de una manera aleatoria, es decir en diseños experimentales, caso que no se aplica en este trabajo.

Para proceder a correr un modelo de regresión discontinua es necesario verificar si en realidad los dos grupos son similares, para esto se utiliza un método el cual permita verificar si los dos grupos poseen diferencias significativas o si no las tienen. Para comparar dos grupos por sus características es necesario tener en cuenta que la información obtenida contiene dos tipos de variables, las cuantitativas continuas y las cualitativas. Una comparación a través de las proporciones en las variables no es suficiente para identificar si hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento y control. Por ello, se realizan dos tipos de pruebas: 1) pruebas de diferencia de medias para variables cuantitativas o cualitativas dicótomas y 2) pruebas de independencia  $\chi^2$  para variables cualitativas que toman más de dos categorías. En las pruebas de diferencia de medias se compara el valor medio para la variable de interés en el grupo de tratamiento versus el grupo de control. Al hacer esta comparación puede determinarse si los grupos de tratamiento y de control son similares. (Fedesarrollo, 2009)

El modelo de regresión discontinua es un método de evaluación de impacto que es adecuado para programas que utilizan un índice de elegibilidad continua con un claro punto de corte. En otras palabras este índice es una continua medida con la cual la población de interés puede ser clasificada, puede ser el índice de pobreza o la edad.

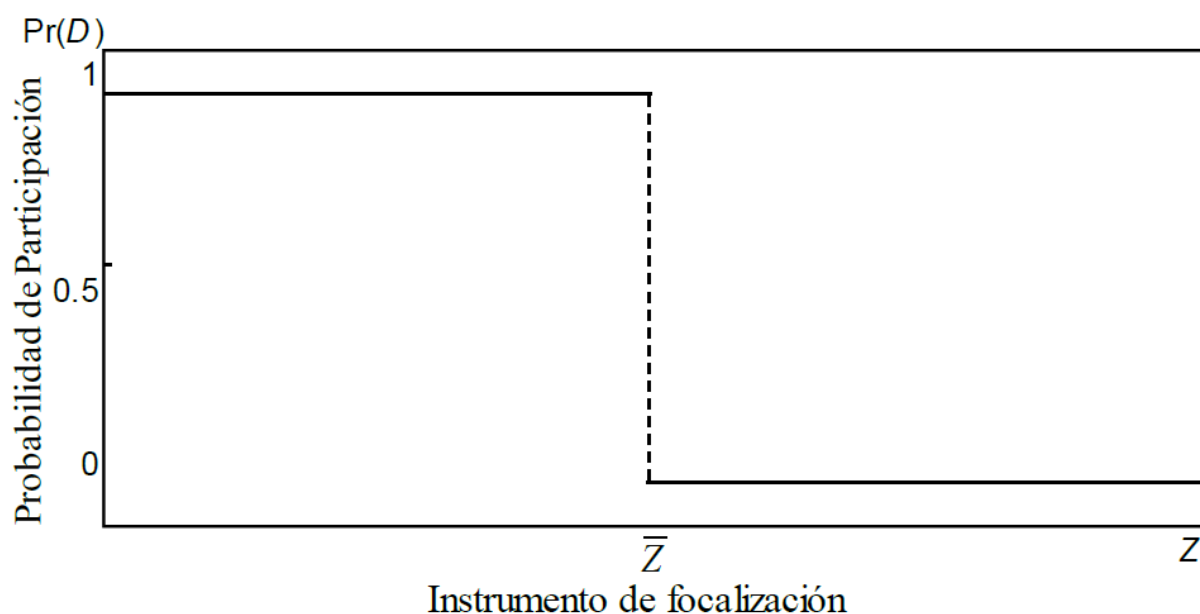


El modelo se plantea de la siguiente forma:

$$Y_i = \alpha_c + X_i\beta + Z_i + \varepsilon_i$$

Donde,  $\alpha_c$  es la constante para todas las variables ha ser analizadas;  $X_i$  serán cada una de las variables escogidas para el análisis;  $\beta$  es el coeficiente de correlación;  $Z_i$  es una variable dummy que toma el valor de 1 si es que es beneficiario y 0 si no lo es;  $\varepsilon_i$  es el error. Las variables que conforman  $X$  son importantes y en general pueden ser de dos tipos: en primer lugar, aquellas que controlan características de los individuos (edad, educación, género, etc.) y la otra pueden ser las variables que recogen características de los hogares.

**Gráfico 10: Regresión discontinua (RD)**



**Fuente:** Método de regresión discontinua

**Elaboración:** Universidad de los Andes

La representación del Gráfico 10 es la siguiente: la  $Z$  representa a los individuos a los cuales se está analizando, el grupo que se encuentra a la izquierda de  $\bar{Z}$  es el grupo de tratamiento, mientras que los que se encuentran a la derecha conforman el grupo de control. Los individuos a la izquierda del umbral  $\bar{Z}$  participan en el programa con probabilidad 1, mientras que los individuos de la derecha no participan en el programa.

## ***Capítulo 1: Estado de Bienestar y la Seguridad Social su experiencia en países europeos***

Son dos hechos importantes los cuales originan una forma del estado, llamado Estado de Bienestar. Surge a partir de la configuración histórica: de la crisis económica de 1929 y las guerras mundiales. El estado de bienestar es considerado, sin duda alguna, una construcción puramente Europea.

Hay un acuerdo central de que el estado de bienestar implica un estado de compromiso de cierto grado, en el que modifica el juego de las fuerzas laborales con el fin de garantizar un ingreso mínimo para todos. Esto es para proteger a los individuos contra peligros de una incapacidad laboral causada por enfermedad, tercera edad y desempleo. El objetivo del estado de bienestar incluye una garantía de tratamiento y beneficios por enfermedad o accidente, y la provisión de educación. La mayoría de las capitales de Europa occidental vieron la necesidad de una intervención del estado para que proporcione un ingreso mínimo y protección contra las contingencias sociales a través de la legislación relacionada con el logro de estos fines. En todos estos países hay programas del estado para proveer pensiones para la tercera edad, enfermedad y beneficios para la madre, pensiones por accidentes del trabajo, pensiones por desempleo y subsidios a las familias. El método para asegurar un mínimo ingreso en la mayoría de los países es de dos niveles: primero, el estado por sí sólo o a través de otras instituciones hacer cumplir el principio del mercado; es decir, garantizar beneficios a la sociedad a través de sus contribuciones; este es el sistema de seguridad social. El segundo nivel del sistema es una forma de asistencia pública, que es la que brinda apoyo para satisfacer algunas necesidades, muchas veces definido en términos monetario. (Wederbburn, 1964).

La seguridad social siendo uno de los principales objetivos del estado bienestar, tuvo su desarrollo marcado en las épocas de post guerra. Los diferentes países europeos tomaron las experiencias de los principales países los cuales fueron pioneros de un sistema de seguridad social, así se han ido fortaleciendo políticas en los diferentes países. Aquí se puede asociar que los países que se encuentran en los diferentes regímenes del estado de bienestar han ido adoptando sistemas y políticas similares en lo que se refiere a protección social, salud, pensiones, educación, etc., y todos aquellos aspectos que interfieren para reducir la pobreza y mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos.

### **Seguridad social y sus orígenes**

El denominado “núcleo duro” del Estado de Bienestar se refiere a los siguientes elementos:

- Un sistema de seguridad social universal objetiva y subjetivamente.
- Un sistema de cobertura para las situaciones de necesidad derivadas del desempleo, la jubilación o la incapacidad.
- Un sistema de educación universal gratuita.
- Un sistema de garantía de renta mínima a todos los ciudadanos, para la radicación de la pobreza.

La seguridad social tiene como origen la protección de los derechos de la dignidad de una persona, ésta debe ser el centro del orden civil, social y del sistema del desarrollo

económico. De esta dignidad nace la responsabilidad del Estado de reconocer, promover y garantizar los derechos personales y sociales, de tal manera que el principio de solidaridad asegure la consecución del bien común y del bienestar social de los ciudadanos. Una herramienta mediante la cual los individuos aseguran el derecho a la salud, trabajo, vivienda y a una vejez digna, es la seguridad social; y en todo el mundo los programas más comunes tienen que ver con las pensiones de vejez, invalidez y supervivencia, seguidos por programas de prestaciones por accidentes laborales y enfermedades profesionales, por enfermedad y maternidad, subsidios familiares y prestaciones por desempleo (González Roaro, 2003).

En varios instrumentos internacionales los derechos humanos eran el eje principal: 1948 Declaración Universal de Derechos Humanos, 1966 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Dentro de estos preceptos, uno de los más importantes es la seguridad social porque permite al a persona alcanzar bienestar propio y para su familia.

El objetivo de la seguridad social es proteger a los grupos vulnerables de una sociedad y asegurar que estas personas tengan un aceptable estándar de vida. La seguridad social también implica facilitar el consumo y reducir el riesgo o asegurar un mínimo ingreso a través de los años de una persona. En países industrializados la seguridad social está asociada con programas como pensiones, desempleo y cuidado de la salud. Una política relevante dependerá en la identificación de los grupos vulnerables así como de las limitaciones políticas y administrativas.

La identificación de la edad y enfermedades como causas de pobreza y privación conllevó al desarrollo del seguro social como instrumento importante de política para garantizar mínimos estándares de vida y garantizar ingresos en tiempos de adversidad. Este seguro siguió precedentes establecidos por programas obligatorios para ofrecer pensiones y pagos por enfermedad para empleados del sector público y en algunas ocasiones del sector privado.

Las políticas formales de seguridad social difieren notablemente entre países industrializados, esto depende de cada gobierno. La prueba esencial de un sistema de seguridad social es que tan buenos beneficios son lo que entrega a los grupos escogidos como objetivo (beneficiarios vulnerables).

Cuando se habla de políticas relacionadas con la seguridad social, se refiere a un diseño de redes de seguridad para mantener a las personas fuera de la pobreza en el caso de que se de una separación con el mercado laboral, sea por razones de la edad, invalidez, enfermedad, accidentes o desempleo. La teoría y la práctica de la seguridad social (su nacimiento) fue desarrollada en las sociedades europeas industrializadas; las redes de seguridad se construyeron sobre la base del empleo y fueron financiadas por contribuciones relacionadas con éste, tanto por parte del empleado como de los empleadores y algunas veces eran complementadas por contribuciones del Estado.

La seguridad social se ha constituido bajo una perspectiva de ciclo vital, y se ha construido en los países desarrollados funcionalmente atendiendo a las relaciones con los mercados de trabajo. El núcleo del sistema de protección continúa estando centrado en el ámbito contributivo, aunque tiende a expandirse cada vez más el ámbito no contributivo y propiamente asistencial.

Se han distinguido tres etapas por las cuales las personas atraviesan para entrar al mercado laboral y para salir del mismo. Las etapas son las siguientes:

1. Primera etapa previa al trabajo donde la persona se capacita para poder ingresar al mercado de trabajo. En esta etapa la persona disfruta de protección a través del sistema de salud y de un conjunto de prestaciones o ayudas familiares. La protección está vinculado con el jefe de hogar por así decirlo, en este caso se puede hacer referencia al hijo que está en la fase de desarrollo social.
2. Segunda etapa, el individuo ingresa al mercado de trabajo y contribuye a sostener económicamente a los diferentes sistemas de seguridad social con una parte de sus ingresos (directos o imputados). Ello le confiere el derecho a disfrutar de los servicios brindados por dichos sistemas protectores (en términos de salud, desempleo, asignaciones familiares, jubilación y pensiones en general).
3. Tercera etapa, la cual se considera una etapa pasiva. La persona se retira de la vida activa, esto es, del mercado de trabajo y se hace acreedora de la protección de los sistemas de salud, dependencia, jubilaciones y pensiones en general, que contribuyó a financiar.

La seguridad social debe cumplir con las siguientes características:

1. Amplitud: debe procurar brindar protección amplia contra todas las contingencias y circunstancias que amenazan a las personas en la capacidad para obtener ingresos y mantener un nivel adecuado de vida. Dentro de lo anterior mencionado están: el desempleo, la enfermedad, las discapacidades, la maternidad, la vejez, el mantenimiento de niños que están a cargo de personas empobrecidas.
2. Universalidad: Todas las personas que presenten necesidades de seguridad social tiene que tener acceso a ella.
3. Suficiencia y propiedad: El nivel de las prestaciones entregadas conforme a los diferentes planes debe ser suficiente y apropiado. Las prestaciones que sean entregadas con el propósito de asistencia social basados en necesidades deben ser suficientes para mantener a las personas por encima de una línea de pobreza o brindar un nivel mínimo de vida.
4. Respeto por la igualdad: En los programas de seguridad social no debe existir discriminación de ningún tipo, sea por motivos de raza, sexo, género, orientación sexual, religión, opinión política, origen nacional o social, posición socioeconómica o de nacimiento.

Las redes sociales se construían bajo el contexto de sociedad las cuales tenían un patrón dominante, la familia y dentro de la cual era el hombre el proveedor de los recursos. Bajo condiciones de alto empleo y la disminución acelerada del sector rural, se logró y se obtuvo una amplia cobertura de la seguridad social. Las redes de seguridad social empezaron a incluir a mujeres y niños, pero como dependientes del hombre trabajador. Eran beneficiarios directamente cuando el trabajador estaba activo, o beneficiarios indirectos a través de pensiones para viudas y huérfanos. En el caso de enfermedades se entregaban transferencias en efectivo o se brindaba cuidado médico. Para tener derecho a los beneficios de las redes de seguridad una de las condiciones era cumplir un cierto tiempo de

contribuciones, estas condiciones variaban de acuerdo al programa: si se trataba de pensiones las contribuciones requerían mayor tiempo, los accidentes y las enfermedades su tiempo de contribución generalmente era menor.

En los esquemas de seguridad social de la Unión Europea existen dos sistemas: universal y seguro social. El primero es financiado por los impuestos fiscales, y el segundo mediante contribuciones. En Europa los sistemas universales cubren a toda la población en contingencias de vejez, discapacidad y supervivencia; además no requiere de un período mínimo de empleo asegurado o de contribuciones, pero si exige un período mínimo de residencia. Una política llamada “proactiva” es aplicada por los países europeos, la cual establece una relación más estrecha entre las contribuciones realizadas y el nivel de los servicios que se pueden otorgar. Esto conllevó a la disminución de la jubilación anticipada, el aumento de la edad de jubilación y requisitos más severos para que las pensiones sean entregadas (como exigir un periodo de contribuciones o mayor tiempo en la vida laboral).

La Asociación Internacional de Seguridad Social define a la seguridad social como un programa de protección social establecido por una ley o por algún acuerdo obligatorio que ofrezcan a las personas un cierto grado de seguridad de ingresos cuando afrontan las contingencias de la vejez, supervivencia, incapacidad, invalidez, desempleo o educación de los hijos.

En Europa a finales del siglo XIX, fueron establecidos los primeros programas de seguridad social basados en el seguro obligatorio. Fue en el siglo XX cuando los programas nacionales se desarrollaron en el mundo de una manera más general. Varias convenciones e instrumentos internacionales han respaldado el desarrollo de la seguridad social, y el reconocimiento de la seguridad social como un derecho humano fundamental fue consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. En algunos países la seguridad social es un derecho garantizado por la Constitución, la mayoría tiene algún tipo de sistema de seguridad social. En todo el mundo, los programas más comunes son los de las pensiones de vejez, invalidez y supervivencia, seguidos por programas de prestaciones por accidentes laborales y enfermedades profesionales, por enfermedad y maternidad, subsidios familiares y prestaciones por desempleo.

Según estimaciones, alrededor del 50 por ciento de la población mundial tiene acceso a algún tipo de seguridad social, pero sólo el 20% de la población tiene una cobertura adecuada. Alcanzar una mayor cobertura es un desafío clave para las organizaciones, de todo el mundo, que ofrecen seguridad social. Para alcanzar este desafío es necesario hacer frente a problemas que involucran políticas más generales, como es el envejecimiento demográfico de la población, las estructuras familiares cambiantes, el impacto de la globalización en la economía, las evoluciones epidemiológicas y medioambientales y el crecimiento de los mercados de trabajo informal.

## **Informe de Beveridge**

El sistema británico nació a partir del Informe de Beveridge (1942), que fue un proyecto de seguridad social y el cual postulaba que el bienestar de la sociedad es responsabilidad del Estado. Dentro de este informe se contemplaba el concepto de estado de bienestar en función de la provisión de medios públicos con el fin de garantizar un nivel de vida básico. El

estado de bienestar procura reducir la desigualdad y lograr una mayor solidaridad e integración social. (Juárez y Sánchez, 2003).

El informe proponía un plan basado en seis “principios”:

1. Cobertura global (a la que Beveridge llamaba “universalidad”).
2. Los contribuyentes serían identificados por “tipos” de seguros; Beveridge clasificó distintos tipos de trabajadores (trabajadores por cuenta propia, pensionados, mujeres casadas y niños) en un esfuerzo por enfatizar la naturaleza global del esquema.
3. Habría beneficios fijos: cada receptor recibiría el mismo beneficio.
4. Habría contribuciones fijas: cada contribuyente pagaría sobre las mismas bases.
5. Los beneficios serían “adecuados”, lo que para Beveridge significaba que ofrecería un mínimo de subsistencia.
6. Habría una administración nacional única, el Estado. (Beveridge, 1942).

Se proponía un conjunto de instituciones de bienestar para incrementar la competitividad de la industria británica en el periodo de postguerra, mediante un cambio en el costo del trabajo, en el cuidado de la salud, en las pensiones de tipo corporativo y en la cuenta pública; también mediante la producción de más salud, mayor riqueza y por lo tanto, trabajadores más productivos y motivados, quienes serían los demandantes de los bienes británicos.

Las recomendaciones que se proponían en el informe se referían a que la organización de la seguridad social debería ser tratada como una parte de la política de progreso social; y si ésta era completamente desarrollada podría garantizar seguridad de ingreso. Además se propuso que la seguridad social fuera financiada por cooperación por parte del estado y del individuo. Y el Estado sería el responsable de establecer un nivel mínimo de sobrevivencia. Ante todo el informe era un plan para dar seguridad y beneficios a través de contribuciones por arriba del nivel de subsistencia.

En cuanto a una de las recomendaciones de Beveridge estaba el establecimiento de un servicio nacional de salud, seguridad y asistencia nacional, beneficios a las familias y fortalecer la importancia del pleno empleo. Las medidas fueron adoptadas, no en la medida que se las propuso, pero se establecieron las bases del bienestar británico de posguerra. Con esto en 1945 se iniciaron las pensiones a las familias, en 1946 fue establecido la Seguridad Nacional y el Servicio Nacional de Salud; el pleno empleo se convirtió en una política gubernamental. Con el desempeño del papel del sistema de seguridad social se buscaba garantizar un nivel mínimo de salud y servicios sociales. (Juárez y Sánchez, 2003).

El trabajo inicial del comité interdepartamental fue la revisión de los esquemas de seguridad social existentes y servicios asociados. El plan para la seguridad social inicia, en los años posteriores a la guerra, con un diagnóstico de las necesidades y de las circunstancias en las cuales las familias y los individuos podían carecer de medios de subsistencia adecuados en Gran Bretaña.

En el plan de seguridad social la principal característica fue un esquema de garantías mínimas cuando sus ingresos son interrumpidos por el desempleo, enfermedad o accidentes; proveer de pensión a personas con edad de retiro del trabajo, pensiones por viudez. En primer lugar la seguridad social significa seguridad de un ingreso mínimo, pero la

provisión de un ingreso tiene que estar asociado con el tratamiento designado para acabar con la interrupción de los ingresos. (WHO, 2000).

Los principales aspectos que comprendía el plan se pueden resumir de la siguiente manera:

- a) Partía de la situación de los ciudadanos en cuanto a sus ingresos, el plan cubría a todas las personas sin importar el nivel máximo de ingresos, pero sí consideraba los diferentes niveles de vida, su alcance comprendía personas y necesidades.
- b) Clasificación de edad, de aquellos que estaban en edad de trabajar y de aquellos que no lo estaban. La clasificación fue la siguiente: personas cuya ocupación normal era empleo bajo contrato de servicios, ocupación como la de los empresarios, comerciantes y trabajadores independientes; amas de casa (mujeres casadas en edad de trabajar), personas en edad de trabajar pero en empleos no remunerados, mayores retirados a la edad laboral y por debajo de ella.

Todas las personas clasificadas quedaban cubiertas por atención médica completa y rehabilitación. Todas las clases excepto la de los niños y niñas recibían pensiones de retiro, la clasificación que se encontraba por debajo de la edad de trabajar era cubierta por ayudas a la niñez, cubiertas por la Tesorería Nacional, siempre y cuando el padre responsable estuviera recibiendo beneficios de la seguridad social o alguna pensión.

Como resultado del modelo basado en el Informe, fue el acceso a un subsidio mínimo a las personas con necesidad económica aguda sin importar que no hubiese realizado ninguna contribución. El propósito de este modelo es evitar situaciones de pobreza extrema, incluyendo a personas que no hayan formado parte del mercado laboral a lo largo de su vida.

El modelo de Beveridge practica la solidaridad entre ciudadanos mediante la seguridad, esto hace referencia a la asistencia financiera y una de las razones principales por las que se otorga es hacer frente a la pobreza, adoptando las siguientes formas:

- Protección social: protección contra la pobreza y frente a cambios drásticos en las condiciones de vida de las personas.
- Redistribución: son prestaciones que están dirigidas a personas que sus ingresos son insuficientes en comparación con el estándar de vida establecido.
- Solidaridad: además de ver a la seguridad social como una caridad, se la ve como una forma de cooperación mutua.

Se consideraban como beneficios de la seguridad social a los siguientes:

- Seguridad social: los beneficios eran pagados en base a las contribuciones realizadas.
- Beneficios condicionados al nivel de ingresos: estaban dirigidos a personas con bajos niveles de ingreso.
- Beneficios no contributivos: no exigían comprobar el número de contribuciones realizadas así como tampoco el nivel de ingresos, pero podían estar condicionados a la comprobación de las necesidades de una persona. Son ejemplos las ayudas familiares o pensiones de vejez.

- Beneficios discrecionales: la asistencia social se proporcionaba bajo un criterio de discrecionalidad, es decir; se debía llevar discreción acerca de la situación de aquellas personas que no percibían ningún ingreso o presentaban alguna necesidad.

## **Organización para la Cooperación de Desarrollo Económico (OCDE)**

La organización para la cooperación económica Europea fue establecida en 1947 para ejecutar el Plan de Marshall<sup>3</sup> financiado por los Estados Unidos para reconstruir un continente devastado por la guerra. Al hacer que los gobiernos reconozcan la interdependencia entre sus economías, esto construyó el camino para una nueva era de cooperación que fue el cambio para Europa. Canadá y Estados Unidos se unieron a los miembros de la OCEE (18 países europeos), con la firma del nuevo convenio de la Organización para la Cooperación de Desarrollo Económico (OCDE) el 14 de diciembre de 1960. Pero fue el 30 de septiembre de 1961 cuando la OCEE fue sustituida por la OCDE, la nueva organización estaba constituida por los países fundadores de la OCEE más Estados Unidos y Canadá.

La OCDE es un organismo internacional, su principal objetivo es fomentar la cooperación y el desarrollo de políticas económicas y sociales que permitan mejorar la vida de los ciudadanos. Sus actividades abarcan prácticamente todos los ámbitos de las políticas públicas, desde el empleo y las cuestiones macroeconómicas a la regulación financiera y el medioambiente, pasando por educación, agricultura, comercio, competencia, desarrollo, energía, industria, inversión, gobernabilidad, ciencia y tecnología, servicios públicos, fiscalidad, transportes y muchos más ámbitos.

Actualmente son 34 miembros los que conforman la OCDE, en el 2007 se lanzó un programa de cooperación reforzada con las 5 principales economías emergentes (Brasil, China, India, Indonesia y Sudáfrica). Los países miembros son: Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea, Luxemburgo, México, Países bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suiza, Suecia, Turquía, Reino Unido y Estados Unidos.

## **Países Europeos**

La población total de esta región es de aproximadamente 1000 millones de personas, y dentro de los 27 estados miembros de la Unión Europea habitan aproximadamente 500 millones de personas.

---

<sup>3</sup> El Plan Marshall es el Programa de Reconstrucción Europeo anunciada en los años posteriores a la segunda guerra mundial, por aquel entonces secretario de estado norteamericano George Marshall. Con el plan se direccionó aproximadamente 13000 millones de dólares para asistencia técnica y ayudas económicas de la Europa Occidental. Los resultados de la implementación del Plan Marshall se reflejó en el crecimiento económico de los países europeos envueltos en la guerra.



## Seguridad social

Para hacer frente al desafío que surge con las nuevas necesidades sociales, los estados miembros deben asegurarse de que los sistemas de pensiones apoyen objetivos sociales y económicos más amplios, que incluyen una mayor cohesión social y unos mercados de trabajo y capital integrados. Los miembros de la Unión Europea deben velar porque sus objetivos sociales se puedan lograr, para esto los estados deben:

- a) Asegurarse que las personas de edad avanzada no sean inmersas en la pobreza y puedan disfrutar de un nivel de vida digno; que sean beneficiarias del bienestar económico de su país y que tengan acceso a actividades públicas, sociales y culturales.
- b) Garantizar a todas las personas el acceso a sistemas de pensiones adecuados, públicos o privados, por medio de los cuales puedan adquirir derechos de pensión que les permitan mantener su nivel de vida después de la jubilación.

Las contribuciones sociales son pagos actuales o directos a los esquemas de seguridad social para proveer beneficios de seguridad. Pueden ser realizadas por los empleadores en nombre de sus empleados, trabajadores por cuenta propia o personas no empleadas por cuenta propia. El pago puede ser obligatorio o voluntario y los esquemas pueden ser o no ser financiados. Las contribuciones obligatorias a la seguridad social pagadas a las administraciones públicas (gobiernos generales) o a los fondos de la seguridad social bajo el control efectivo del gobierno forman una parte importante de los ingresos públicos.

No todos los países trabajan con esquemas de seguridad social, algunos buscan financiar servicios sociales pagados por los gobiernos a través de otros impuestos o ingresos.

En promedio en el 2010, los países europeos gastaron un 27 por ciento del PIB en protección social, incluidos los cuidados de salud. El financiamiento de la protección social principalmente es proveniente de contribuciones sociales (59 por ciento) e ingresos provenientes de los impuestos (38 por ciento), son Alemania y Francia los países que tienen los porcentajes más altos en cuanto a contribuciones sociales, con 18,6 y 16,9 por ciento con respecto al PIB (*Ver Anexo 1*). En Europa Occidental se ha logrado una cobertura de protección social casi universal para toda la población. En esta región los gastos por concepto de salud van desde un 11 por ciento del PIB (Francia y Suiza) hasta menos de un 4 por ciento (Kazajistán). (AISS, 2010).

Muchos trabajadores en muchos países de la OCDE dejan el mercado laboral antes de la edad de jubilación legal, en algunos casos es mucho más temprano. La edad promedio de retiro del trabajo son los 65 años en la mayoría de los miembros de la OCDE.

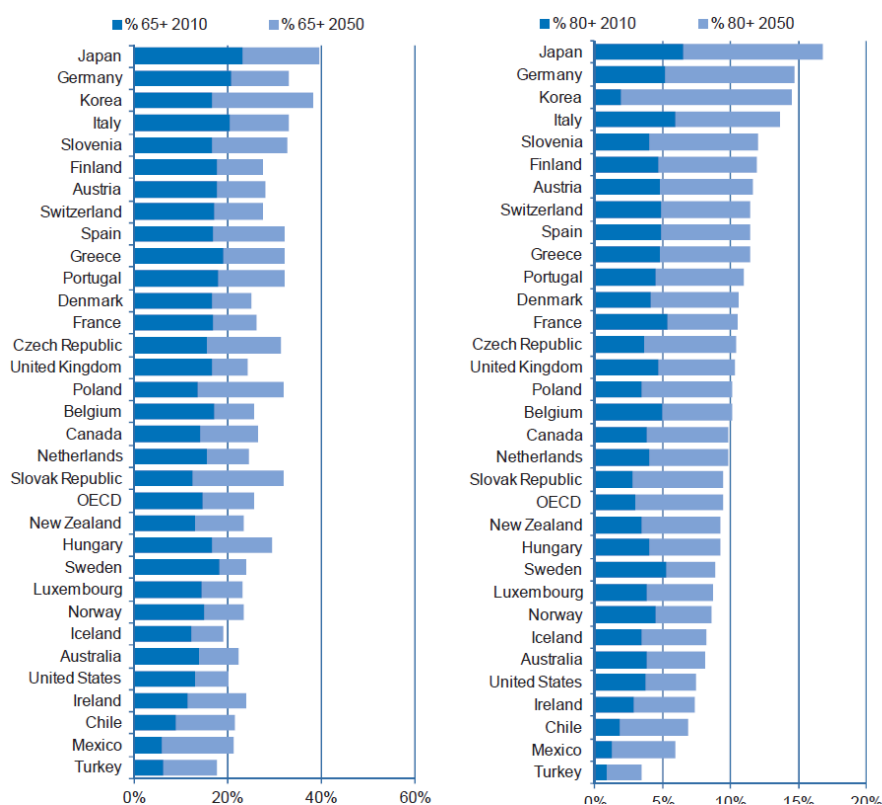
Hoy en día las personas de la tercera edad es un grupo heterogéneo en términos de actividad y salud. Y en algunos países se les ha dado una división no muy común, las personas que se encuentran entre los 65 y 75 años considerados un grupo de ancianos físicamente independientes y saludables, conocidos como ancianos jóvenes. Mientras que las personas entre 76 y 85 años tienen mayores riesgos de perder autonomía; es decir, se vuelven más dependientes de otras personas, y a este grupo de la tercera edad se le conoce como ancianos viejos.

Todos los países de la OCDE están atravesando por un envejecimiento de la población debido al decrecimiento en las tasas de fertilidad y al aumento de la esperanza de vida. La estructura de edad de la población Europea es más vieja que en cualquier otra región del mundo, y se prevé que continúe de esta manera en las próximas décadas. En muchos países la proporción de personas de 85 años y más está creciendo cada vez más rápido, y este grupo de edad formará un gran porcentaje de la población como aquellos de 65 años y más (Ver Gráfico 1). Dentro de los países europeos entre los años posteriores a la segunda guerra mundial (1945 y principios de 1964) se originó un fenómeno demográfico caracterizado por el incremento de las tasas de natalidad, época conocida como “baby boom”. Actualmente las generaciones nacidas en esa época son las que están atravesando por el ciclo del envejecimiento, se puede decir que aquellas personas han empezado a jubilarse a partir del año 2000 y seguirán en este proceso la próxima década.

Las personas nacidas dentro de este fenómeno se las conoce como “baby boomers” y hoy en día se encuentran dentro del grupo de los ancianos jóvenes. Entonces, los principales factores que han provocado el envejecimiento de las sociedades europeas son:

- Envejecimiento de la generación “baby boom” al superar los 65 años en 2010 y años siguientes.
- Fertilidad más baja desde el fenómeno “baby boom”.
- Aumento de esperanza de vida en personas de edad avanzada.

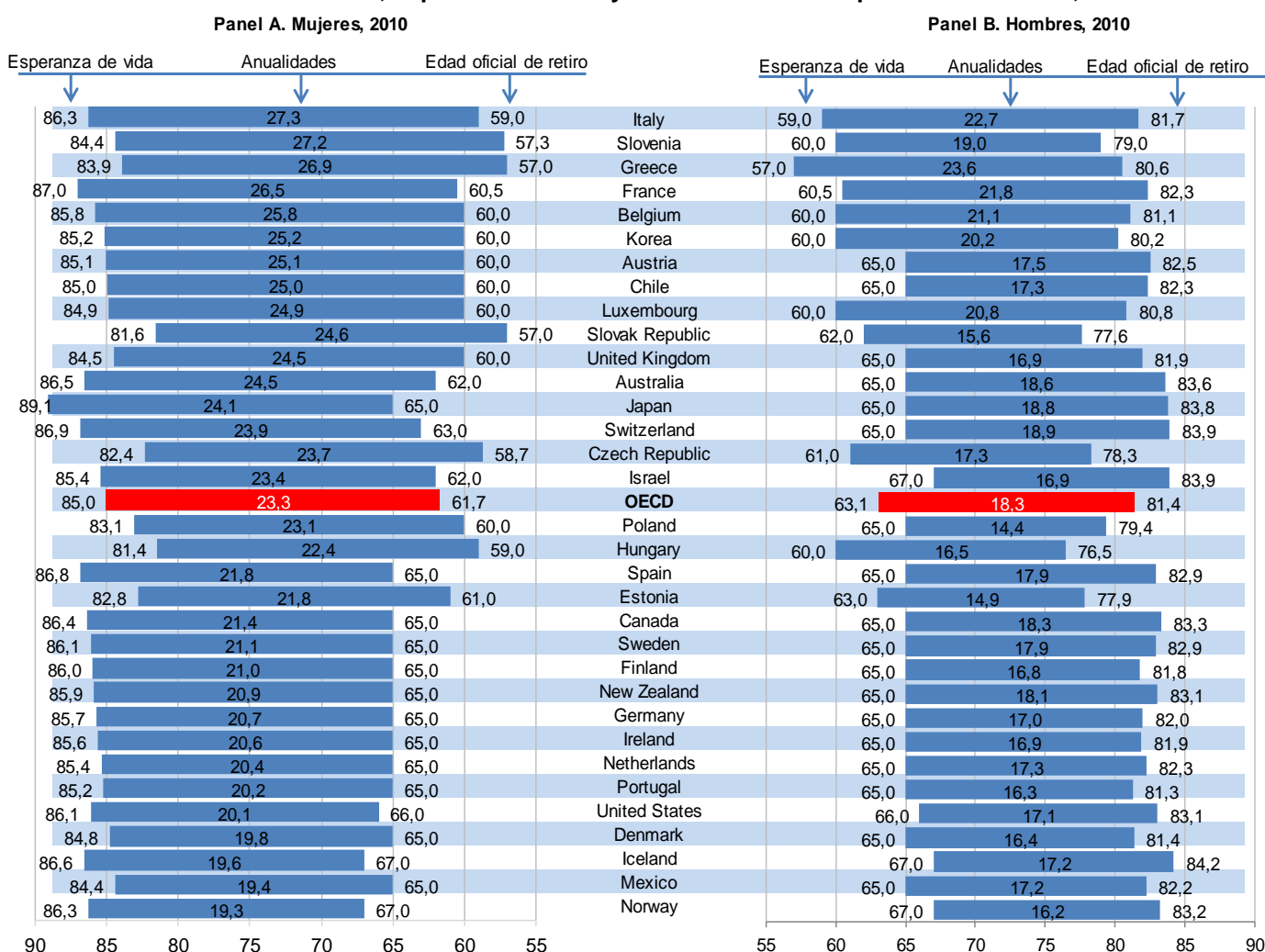
**Gráfico 1: Porcentaje de personas entre 65 y 79 años y personas sobre los 80 años en los países de la OCDE, 2010 y 2050.**



Fuente y Elaboración: OCDE

En los países europeos la edad de jubilación se entiende como la edad más temprana en la que la mayoría de los trabajadores tiene derecho a las asistencias de vejez de la seguridad social, siempre y cuando hayan cumplido un período mínimo en un trabajo sujeto a seguro. La edad promedio en la mayoría de los países de Europa miembros de la OCDE es de 65 años, pero la edad promedio de todos los miembros de la OCDE es de 63 años para los hombres y 61 años para las mujeres. Las variaciones de la edad de jubilación van desde los 57 años en Grecia hasta los 67 años en países como Noruega e Islandia. Los diferentes grupos de edades de retiro tanto para hombres como para mujeres para el 2010, se pueden consultar en el *Gráfico 4* presentado a continuación.

**Gráfico 2. Edad de retiro, esperanza de vida y anualidades de los países de la OCDE, 2010**



**Fuente y elaboración:** OCDE, 2010

El Gráfico 2 muestra las diferentes edades en lo que es esperanza de vida, años de aportación y la edad oficial de retiro. En todos los miembros de la OCDE estas edades varían. En cuanto a la esperanza de vida de las mujeres en los diferentes países va desde la menor ubicada en 81,4 años en Hungría y la mayor en Japón con 89,1 años; pero si tomamos solo los países europeos miembros la edad mayor se ubica en Francia con 87 años de esperanza de vida. Por otro lado la esperanza de vida de los hombres es menor que el de las mujeres; la edad menor es de 76,5 años en Hungría y la mayor en Islandia con 84,2 años. Y la esperanza de vida de los hombres promedio en todos los países miembros

se ubica en 81,4 años. Con respecto a las anualidades mostradas en el gráfico se refiere al número de años que las personas esperan vivir después de la edad oficial de jubilación, toma la forma de la diferencia entre la esperanza de vida y la edad de jubilación, en promedio las mujeres tienen 5 años más de anualidades que los hombres; por ejemplo en conjunto los años esperados de los miembros de la OCDE en mujeres es de 23,3 y en los hombres 18,3.

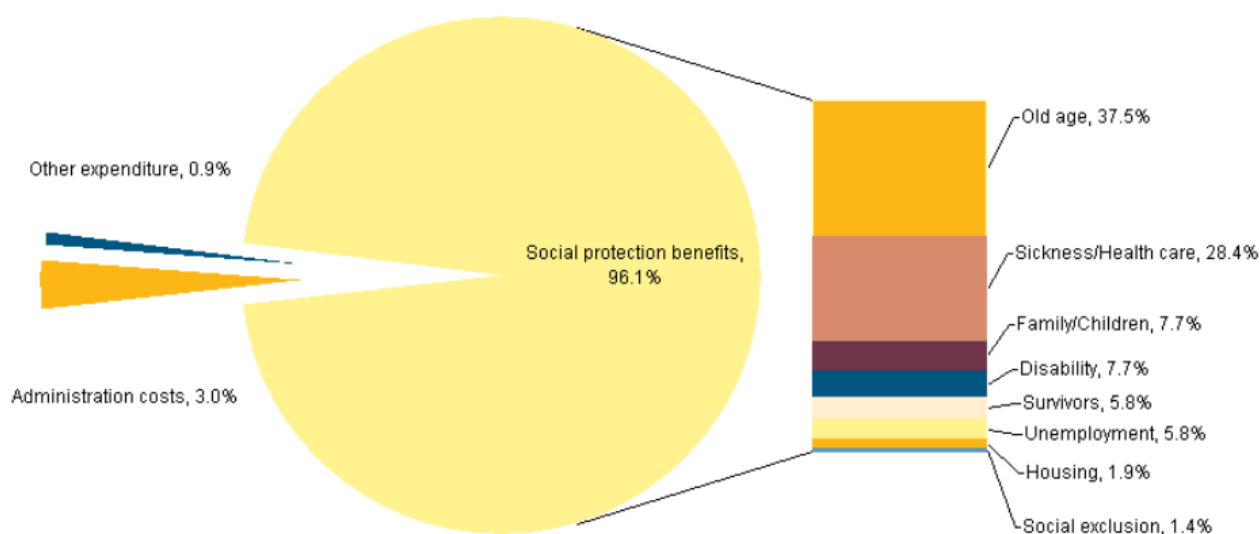
En algunos países existen planes para aumentar la edad de jubilación, una de las razones por las cuales se quiere proceder con este incremento es por la esperanza de vida que va incrementando con el pasar de los años. A continuación se detallan algunos de los cambios planeados y deseados por algunos gobiernos.

- Gran Bretaña: para finales del 2012 se tiene planeado elevar a 65 años la edad de jubilación de las mujeres.
- Alemania: actualmente la edad de retiro para hombres y mujeres es de 65 años, el gobierno está planteando el aumento de la edad a 67 años.
- Italia: las personas que trabajaban en el sector privado podían retirarse a los 59 años siempre y cuando hayan aportado a la seguridad social durante 35 años, pero bajo una reforma iniciada hace algunos años la edad aumenta gradualmente y se espera que para el 2018 sea de 65 años.
- Holanda: actualmente la edad de jubilación es de 65 años, pero el gobierno se ha comprometido en elevarla a 66 años.
- España: el gobierno a planteado la posibilidad de elevar la edad de retiro de los 65 años a 67 años.
- Suiza: para el 2030 se espera que la edad de retiro tanto para hombres y mujeres sea de 67 años.

Los países miembros de OCDE (donde la mayoría son europeos) tienen muy diversos sistemas de pensiones, el gasto público en pensiones de jubilación varían desde menos del 1 por ciento y hasta más del 10 por ciento del PIB. El gasto en pensiones per cápita para personas de 65 años o más varía desde menos que el 15 y hasta más del 40 por ciento del PIB per cápita. En cuanto al gasto en protección social como porcentaje del PIB de los países europeos se ubica en 29.5 puntos porcentuales, este gasto consiste en pagos por beneficios de protección social, los cuales son transferidos a las personas o a los hogares cubriendo un conjunto de riesgos o necesidades. Entre los países europeos muestran diferencias significativas en el nivel del gasto en protección social. Dinamarca (33,4%), Francia (33,1%), y Suecia (32,1%) son los países que más gastaron en proporción del PIB, siguiendo una tendencia bien establecida. Por el contrario, los países con menos porcentaje de gasto son: Letonia (16,9%), Rumania (17,1%) y Bulgaria (17,2%).

La estructura del gasto en protección social consta de tres elementos: prestaciones de protección social, costos de administración y otros gastos. Dentro de las prestaciones de protección social (corresponde al 96,1%) se encuentran: adultos mayores, salud y enfermedad, niños y familia, discapacidad, sobrevivientes, desempleo, hogares y exclusión social. Las prestaciones a los adultos mayores es el porcentaje más alto del gasto 37,5%, seguido por las prestaciones en salud y enfermedad (28,4%). Las demás prestaciones sociales no llegan al 10% del gasto del total de las prestaciones. *Ver Gráfico 3.*

**Gráfico 3: Estructura del gasto en protección social de Unión Europea 2009.**



**Fuente y elaboración:** Eurostat.

## Finlandia

Finlandia es una de los países dentro del régimen escandinavo o socialdemócrata del estado de bienestar. Una de las principales características de este modelo es el compromiso con los servicios de atención generalizada. Según Anneli Anttonen (1997) a los países bajo este régimen se los considera como “estados de servicios sociales”. Los servicios están ampliamente disponibles para niños y ancianos, distribuidos para todas las clases sociales y no solamente por los pobres. Se puede agregar que el sistema finlandés tiene como propósito la universalización de los servicios sociales, el sistema de salud dentro de este país es un sistema de cobertura universal; según Rubén Suárez (2012) el gasto óptimo en salud para que sea considerado un sistema universal debe ser de 6 a 7 por ciento del PIB. Para el caso de Finlandia en el 2009, el 7,6% fue el gasto en salud pública. Mientras que el mayor gasto con respecto al PIB es en personas de la tercera edad, donde incluye cuidados y pensiones. *Ver anexo 2.*

Para medir los propósitos del estado de bienestar dentro de Finlandia se puede analizar el gasto social como porcentaje del PIB, este valor al 2009 fue de 30,6 puntos porcentuales (FSR, 2010). El segundo aspecto es el gasto en prestaciones sociales per cápita (salud, enfermedad, vejez, discapacidad, etc.) este gasto fue de 8129 euros (Eurostat, 2010).

Finlandia goza de un vasto sistema de asistencia social que proporciona subsidios por desempleo, enfermedad, incapacidad y jubilación, ayudas familiares e infantiles, y compensaciones a inválidos de guerra.

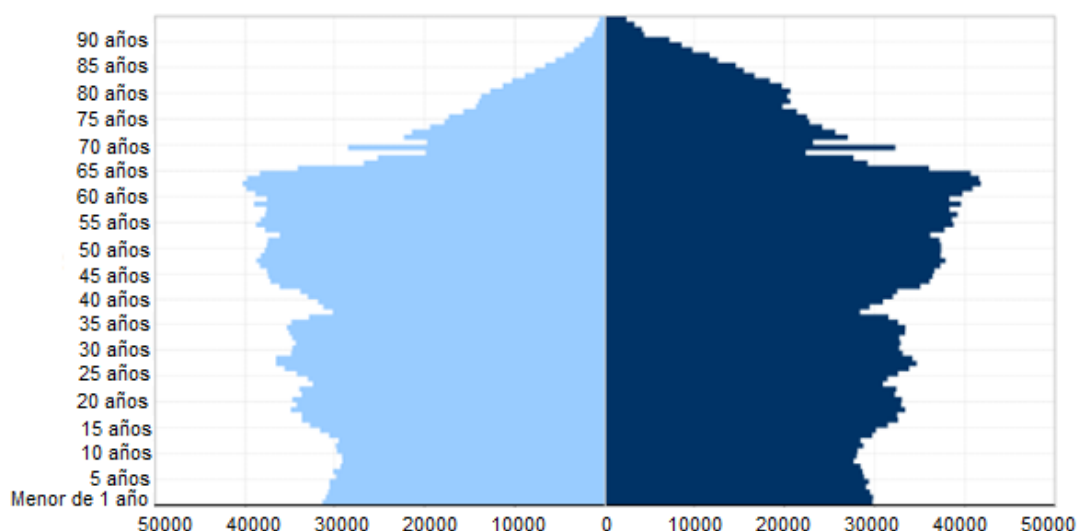
El sistema de seguridad social de Finlandia ha tenido sus orígenes con las experiencias del plan de Beveridge, de ahí parte un sistema universalizado de protección social.

## Población adulta mayor

La población de Finlandia es una población que ha terminado la transición demográfica, este fenómeno tuvo fin en 1970, tiene una estructura por edades bastante envejecida, ya que aún están vivas las últimas generaciones de la transición demográfica. Ver *Gráfico 4 y Cuadro 1*. Para el 2010 el 16,5% de la población tiene menos de 15 años, el 66,0% entre 15 y 65 años y un 17,5% más de 65 años. Un cambio significativo en la población adulta mayor se dio entre el 2010 al 2011, los porcentajes de representación por rangos de edad aumentó en adultos mayores a 18,1%, la población de 15 a 64 años disminuyó a 65,4%; las personas de 0 a 14 años se mantuvo constante. Dentro de la población adulta mayor finés existen más mujeres que hombres.

La tasa de fecundidad es de 1,83 hijos por cada mujer, en cuanto a la esperanza de vida de hombres y mujeres es de 81,8 y 86 años respectivamente.

**Gráfico 4: Pirámide de población Finlandia 2011.**



**Fuente y elaboración:** EUROSTAT, 2012

**Cuadro 1: Población de Finlandia 2010**

<b>Finlandia</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>	<b>Porcentaje %</b>
Población total	2652534	2748733	5401267	
0-14 años	454172	434810	888982	16,5
15-64 años	1786688	1745957	3532645	65,4
Población de 65 y más años	411674	567966	979640	18,1
65-69 años	142014	154642	296656	30,3*
70-74 años	108607	130644	239251	24,4
75-79 años	75920	104590	180510	18,4
80 y más	85133	178090	263223	26,9

**Fuente:** www.stat.fi

**Elaboración:** Andrea Ledesma

\*Porcentaje con respecto a la población de 65 años y más.

## **Sistema de pensiones**

Las personas tienen la opción de retirarse en un rango de edad entre 63 y 68 años, existe la posibilidad de retiro temprano que es a la edad de 62 años pero está vinculado con la reducción de los ingresos de la pensión en un 0,6% por mes.

El sistema de pensiones públicas está basando en el Plan Nacional de Pensiones, que tiene como objetivo garantizar un ingreso mínimo para aquellos jubilados cuyos ingresos relacionados con las pensiones son pequeños. Este plan proporciona un beneficio de tarifa única hasta un 20% de los salarios medios de Finlandia.

El responsable de la seguridad social en Finlandia es el Ministerio de Asuntos Sociales y Sanidad. El sistema de la seguridad social confía en compañías autorizadas de seguros privadas la gestión de la protección social. Hay muchas organizaciones que participan en el sistema.

- Un organismo autónomo de derecho público es la Fundación de Seguros Sociales, gestiona el régimen general de la seguridad social en función de los residentes. Los municipios son los encargados de los servicios de salud.
- Empresas de seguros de jubilación, fondos de autorizados y cajas de jubilación son las encargadas de las pensiones laborales del sector privado.
- Centro de nacional de pensiones es el órgano que coordina el sistema de pensiones de jubilación.
- Oficina de control de la seguridad social ejerce la supervisión de los organismos aseguradores y de jubilación.
- Tesoro público gestiona el régimen de jubilación de los funcionarios del Estado, también es responsable de los seguros de accidentes.
- Los organismos asegurados de accidentes se encargan de los trabajadores del sector privado en cuanto a seguros de accidentes y enfermedades profesionales.
- La institución de seguros sociales de Finlandia es la encargada de la protección contra el desempleo.

En Finlandia, los regímenes de Seguridad Social regulan las pensiones básicas (pensiones nacionales y pensión mínima garantizada), las prestaciones de enfermedad y maternidad, y las llamadas prestaciones familiares; y estos regímenes cubren a todos los residentes. Los empleados tienen derecho a prestaciones basadas en el empleo; es decir, pensión legal de jubilación y las prestaciones por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, también se incluye la pensión por desempleo.

El sistema legal de jubilación incluye dos tipos de pensiones: de jubilación y la nacional. Entre los servicios que brindan estos dos regímenes están la pensión de invalidez, la pensión de supervivencia y la pensión de vejez.

La pensión de jubilación debe garantizar al empleado o al trabajador por cuenta propia un nivel de vida igual a cuando se encontraba ejerciendo su actividad laboral. El sistema de pensiones de jubilación se basa en una serie de leyes, la principal ley reguladora es la Ley sobre la Jubilación de los Empleados, que se aplica a los trabajadores del sector privado que representan el 60% del total de trabajadores. Para el caso de los trabajadores autónomos, trabajadores del mar, agricultores y funcionarios rigen leyes específicas.

Por otro lado, la pensión nacional está destinada a garantizar un ingreso mínimo a los jubilados que no reciben otra pensión o para aquellas personas que la cobertura de pensión es débil. El porcentaje de la pensión nacional disminuye a medida que los ingresos por pensión de jubilación aumentan, se deja de entregar la pensión nacional cuando se supera un límite, para el 2011 el límite era entre 1079,71 EUR y 1212,21 EUR al mes según el estado civil.

Como se ha mencionado anteriormente Finlandia cuenta con dos regímenes de pensiones: pensiones vinculadas a los ingresos y las pensiones nacionales. La primera proporciona pensiones vinculadas a los ingresos y basada en el seguro; el régimen general de pensiones nacionales concede pensiones mínimas basadas en la residencia.

Estas dos pensiones en conjunto forman la pensión legal total. El régimen vinculado a los ingresos da la oportunidad de jubilarse entre los 63 y 68 años. Para los empleados dependientes no se exige ninguna duración mínima de la afiliación, pero para los trabajadores por cuenta propia se exige una duración mínima de la afiliación de 4 meses en determinadas condiciones. Las pensiones vinculadas a los ingresos dentro del sector privado las gestionan diferentes proveedores (35 proveedores).

Las personas que hayan cumplido 65 años y estén residiendo en Finlandia o en algún otro estado miembro tienen derecho a la pensión de vejez del régimen general y a la pensión mínima garantizada.

Los ciudadanos de Finlandia pueden escoger retirarse a los 62 años solicitando una liquidación anticipada, lo que produce una disminución en las pensiones mensuales próximas a recibir, la disminución es de 0,4% por cada mes del periodo de retiro temprano hasta que se cumpla la edad legal de jubilación. Pero si el retiro se retrasa, es decir se pasa de los 65 años, la pensión puede incrementar en un 0.6% por cada mes que se pospone el retiro.



## **Pensión legal vinculada a los ingresos**

En el régimen de la pensión de jubilación, tiene el derecho de percibir la pensión de vejez en el período de años de trabajo que está desde los 18 años a los 68 años. Las pensiones se calculan tomando como base reguladora el salario anual o las rentas anuales totales de los trabajadores independientes. Los porcentajes del derecho de la pensión aumenta en función de la edad:

- De 18 a 52 años: 1.5%
- De 53 a 62 años: 1.9%
- De 63 a 68 años: 4.5%

## **Pensión nacional**

El importe de la pensión nacional depende del tiempo residido en Finlandia entre los 16 y 65 años. Para acceder a la pensión completa es necesario acreditar al menos 40 años de residencia. Las pensiones completas van entre 520,19 EUR y 586,46 EUR mensuales según estado civil.

Dentro de este régimen puede haber ayudas por dependencia, que es un tipo de servicio que se abona a los pensionistas en función de la necesidad de asistencia o gastos relacionados con enfermedades o accidentes. Esta ayuda se ajusta a tres tasas diferentes: 57,55 EUR, 143,27 EUR y 302,96 EUR al mes.

## **Pensión mínima garantizada**

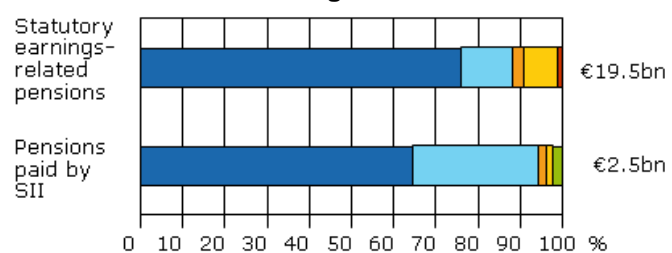
Una persona que se encuentre residiendo en Finlandia y reciba una pensión de vejez también tiene derecho a una pensión mínima garantizada, siempre y cuando los ingresos totales brutos de su pensión de vejez sean inferiores a 687,74 EUR. El Estado es el responsable de proveer esta pensión a las personas que cumplan con la condición establecida. (Comisión Europea, 2011).

## **Pensiones de jubilación**

En el año 2010 un total de 23,2 billones de euros fueron destinados al pago de pensiones. Esto fue en 42% del gasto social y el 13% del PIB. El monto para la pensión legal vinculada con el ingreso fue de 19.5 billones de euros y el pago por parte del Instituto de Seguridad Social fue de 2.5 billones de euros. En los dos tipos de pensiones mencionados la pensión de jubilación es la que tiene mayor representatividad.

Las pensiones de jubilación representan el 73,28% del total de las pensiones vinculadas con los ingresos y en las pensiones del instituto de seguridad social el porcentaje de las pensiones de jubilación es el 64.44% del total. El gráfico presentado a continuación presenta los tipos de pensiones como: jubilación, discapacidad, desempleo, para sobrevivientes, por trabajo de medio tiempo y para personas con placas de servicio de guerra. (Finnish Center for pensions, 2010). *Ver Gráfico 5.*

**Gráfico 5: Gasto en pensiones según contribuciones y pensiones pagadas por el Instituto de seguridad social en 2010**



		Statutory earnings-related pensions € million	Pensions paid by The Social Insurance Institution € million
Old-age pensions		14,286*	1,611
Disability pensions		2,409	739
Unemployment pensions		478	49
Survivors' pensions		1,589	35
Part-time pensions		224	-
Front-veterans' Supplements and child increases		-	61

**Fuente y elaboración:** Finnish center for pensions, 2010

## ***Capítulo 2: Situación actual de los adultos mayores en el Ecuador y la actuación del Estado.***

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Afecta a todos los seres vivos y por eso es universal. Progresivo porque tiene lugar a lo largo de todo el ciclo vital de manera inevitable. Asincrónico porque los órganos van envejeciendo de manera diferente. Individual porque depende del estilo de vida de cada persona y de diferentes condiciones como genéticas, ambientales, sociales y educacionales.

En el Ecuador, personas de la tercera edad son llamadas aquellas personas que cursan la edad de 65 años y más. A partir de los 65 años las personas pueden acceder a la jubilación, tras haber cumplido cierto número de años laborables; al ser jubilados, tienen acceso a diferentes servicios los cuales brindan ciertas instituciones.

Ser jubilado en el Ecuador significa para esas personas y el resto de la sociedad tener un mínimo acceso a bienes y servicios, además no tener perspectivas hacia el futuro porque social y laboralmente una persona jubilada es considerada como alguien que ya cumplió su ciclo.

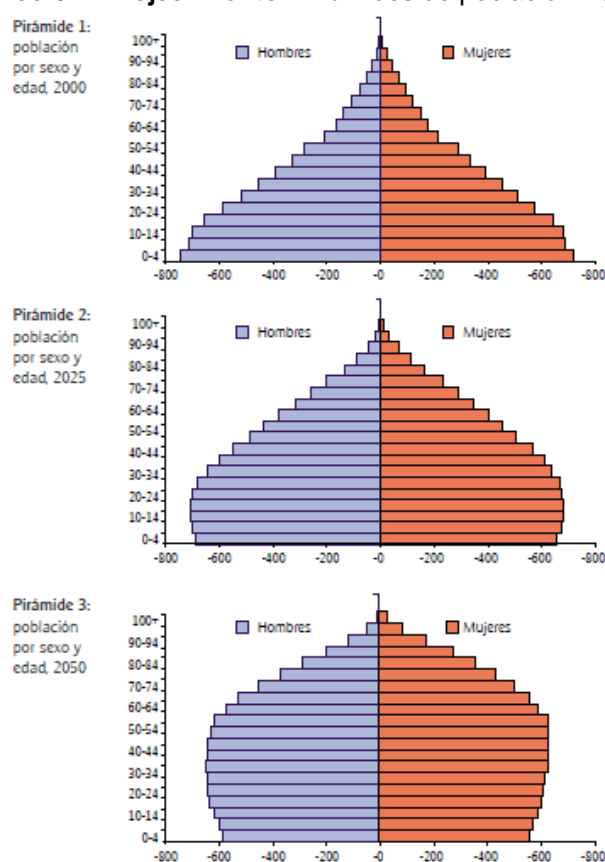
Las personas de la tercera edad se desenvuelven en una sociedad y en el marco de grupos sociales. Para poder establecer un inicio de lo que se llama “edad avanzada”, “tercera edad” o “adultos mayores”; hay que tomar en cuenta el papel que la sociedad permite desempeñar a estas personas, y la percepción que ellas mismas tienen de sus roles sociales y de las oportunidades que pueden obtener para continuar desarrollándose como ciudadanos.

Las diferentes variables demográficas han pasado por una evolución, lo que muestra que el proceso de transición demográfica que ha caracterizado al Ecuador ha resultado en un envejecimiento de su población, fenómeno que se acelerará aún más en las próximas décadas. Este fenómeno no es tan acentuado como es en otros países de transición más avanzada (países europeos), pero es probable que continúe profundizándose en ese sentido, dando lugar a un fortalecimiento de las demandas de los adultos mayores y de no verse satisfechas, se producirá una situación de deterioro en sus condiciones de vida y a mayores tensiones sociales.

## Aspectos demográficos

La República del Ecuador se encuentra en el grupo de los países de América Latina que ha entrado en plena transición demográfica<sup>4</sup>, resultado de los cambios sociales y económicos que se han venido ocurriendo durante las tres últimas décadas: desarrollo económico, propagación de los avances médicos y el incremento de la población en el acceso a los servicios de salud, incluyendo el conocimiento y el uso de métodos de planificación familiar, el incremento de personas al acceso a la educación, entre otros. Dos fuerzas se ocultan detrás de la transición demográfica: 1. Una fertilidad en declive: disminuye el número relativo de jóvenes. 2. Una longevidad en aumento: aumenta el número de adultos mayores, el peso de este segmento de personas es cada vez mayor en toda la población (CEPAL, 2009). Para observar un ejemplo de la transición demográfica en el Ecuador véase *Gráfico 6*.

**Gráfico 6: Envejecimiento: Pirámides de población Ecuador**



**Fuente y elaboración:** INEC, CEPAL/CELADE Ecuador 2003, estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. INECCELADE

<sup>4</sup> La transición demográfica se refiere a un proceso de larga duración, que se origina entre dos situaciones: la primera, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad; la segunda y final, de bajo crecimiento pero con niveles también bajos en las respectivas tasas. Entre ambas situaciones de equilibrio se pueden identificar dos momentos principales. El primero, en el que la tasa de crecimiento de la población aumenta como consecuencia del descenso de la mortalidad, y el segundo, en el que dicho crecimiento disminuye, debido al descenso posterior de la fecundidad. Plena transición, significa que se han reducido en forma importante el nivel de la fecundidad y el ritmo de crecimiento de la población (Chesnais, 1986).

Desde 1950 hasta el día de hoy, el incremento en la esperanza de vida al nacer y de las personas que entran en la etapa de adultos mayores, ha aumentado. En el caso de los adultos mayores esto se debe a los avances médicos en el control y el tratamiento de enfermedades que afectan a estas personas. Esto puede reflejarse en un descenso de la mortalidad en adultos mayores; las causas por las cuales se da este decrecimiento son los avances médicos en el control y tratamiento de las enfermedades que afectan a estas personas en su conjunto. Por otro lado, la tasa de fecundidad también se ha reducido, desde el censo de 1990, 2001 y 2010 el número de hijos e hijas por familia ha disminuido de 2,3; 1,8 y 1,6 respectivamente.

La mortalidad<sup>5</sup> masculina en el Ecuador como en otros países, es siempre superior a la femenina, lo que hace que el envejecimiento de la población tenga como una de sus características un claro predominio femenino. No importa el grupo etario que se tome en cuenta, siempre las mujeres muestran una sobrevivencia mayor que los hombres; es por eso que se le atribuye la característica de feminización al envejecimiento.

Se puede mencionar varias razones por las cuales se da la diferencia entre hombres y mujeres, por ejemplo, los avances médicos en cuanto a la salud reproductiva de las mujeres; otra causa muy importante en cuanto se refiere a los hombres, es el nivel acelerado de vida que han tenido que adoptar (hace algunos años, eran los hombres quienes se dedicaban de lleno a mantener el hogar, trabajar bajo presión, horas extras, etc., mientras las mujeres se quedaban en las casas al cuidado del hogar y de los hijos), lo cual han tenido consecuencias en la salud, así como también se puede incluir los niveles elevados de estrés, mayores ataques cardíacos, violencia, accidentes de tránsito.

En cuanto a la epidemiología dentro de la estructura de la población adulta mayor, un patrón que domina en las enfermedades son las enfermedades crónicas degenerativas y afecciones producidas por la acción del hombre, con las formas más importantes de morbilidad y causa de muerte.

En el 2010 las diez principales causas de mortalidad de la población adulta mayor fueron: enfermedades hipertensivas, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, influenza y neumonía, insuficiencia cardíaca, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades del sistema urinario, neoplastia maligna del estómago, cirrosis y otras enfermedades del hígado. (SIISE, 2010).

Según estadísticas del censo de población y vivienda 2010 realizado en el Ecuador, la población ecuatoriana es medianamente joven, siendo la edad promedio 28,4 años. En los dos últimos censos de población realizados en el 2001 y 2010 en Ecuador, muestran las siguientes tasas de crecimiento 2,05% y 1,95% respectivamente, resultados que demuestran que la población está creciendo cada vez en menor medida (INEC, 2011). En el 2001, 12'156.608 era el número de habitantes en el Ecuador; dentro de los cuales 645.191 eran adultos mayores, lo que equivale el 5,30% de la población ecuatoriana.

Actualmente en el Ecuador, existen 940.905 adultos mayores (comprendidas personas a partir de los 65 años en adelante). Esto representa el 6,50% del total de ecuatorianos. La cantidad de adultos mayores que residen en la Sierra es mayor que el resto de regiones del

---

<sup>5</sup> Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un periodo de tiempo determinados.

Ecuador, representan aproximadamente la mitad del total de esta proporción de la población, en términos porcentuales es el 50,65%. Mientras que en la región Costa es el 45,91% y en el Oriente 3,14%. En cuanto a Región Insular (Galápagos) y las zonas no delimitadas tienen la menor concentración de adultos mayores, 0,12% y 0,18% respectivamente.

Si comparamos la población adulta mayor del 2001 y del 2010, se observa que hubo un crecimiento de 45,83% en este segmento de la población. Porcentaje que resulta mayor al incremento de la población en total; es decir, la población ecuatoriana creció aproximadamente 19 puntos porcentuales. Esto da lugar para decir que la esperanza de vida ha incrementado en la población adulta mayor.

Así como en los 14'483.499 de ecuatorianos, la mayoría son mujeres, en los 940.905 adultos mayores el 52,61% son de sexo femenino y el 47,39% son de sexo masculino. Se puede observar que la población adulta mayor sigue la misma tendencia que el total de la población ecuatoriana.

En todos los países de América Latina se ha visto un incremento en la esperanza de vida al nacer; para el caso del Ecuador, la esperanza de vida al nacer evolucionó desde 48,4 años en el periodo 1950-1955 (47,19 para los hombres y 49,6 para las mujeres), a 74,2 años en el quinquenio 2000-2005 (71,3 y 77,2 para hombres y mujeres), y a 75,8 años en el periodo 2010-2015 (72,9 para hombres y 78,8 para mujeres). El aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasa de natalidad derivan en un progresivo envejecimiento de la población, que se traduce en rápidos cambios en la estructura etaria de la población de los diferentes países y regiones.

En cuanto a la autoidentificación étnica de los ecuatorianos, el 69,87% de los adultos mayores en el Ecuador se consideran mestizos, 9,96% montubios, 8,27% blancos y 6,27% indígenas. Tanto en la Sierra como en la Costa, la mayoría de los adultos mayores se autodefinen mestizos, seguido por indígenas y montubios.

Existen algunos índices y tasas los cuales pueden dar una perspectiva más amplia de la situación de los adultos mayores con respecto al resto de la población:

Actualmente la proporción de adultos mayores con respecto a la de los menores de 15 años es de 20,78%; es decir, por cada 100 menores de 15 años hay aproximadamente 21 personas de 65 años en adelante. Esta relación es conocida como el índice de envejecimiento.

En cuanto a la capacidad de renovación de la población ecuatoriana, que en otras palabras es la relación entre personas de 0 a 14 años y personas de 65 años en adelante. En Ecuador hay 481 niños por cada 100 adultos mayores.

Existe un proceso en la etapa de la vejez al que se le denomina sobre-envejecimiento, este es el envejecimiento del envejecimiento, aquí se encuentran los grupos de edades más elevadas, personas a partir de los 85 años en adelante. Entonces el índice de sobre-envejecimiento mide la relación entre personas de 85 años y más, y las personas entre

65 y 84 años. En la población ecuatoriana por cada 100 adultos mayores entre 65 y 84 años existen 10 personas de 85 años en adelante.

Para medir la tasa de envejecimiento en el Ecuador, se hace la relación entre el total de adultos mayores y la población total ecuatoriana, lo que mide cuantos adultos mayores existen por cada 100 habitantes. Según los datos del censo de población del 2010, por cada 100 habitantes ecuatorianos existen aproximadamente 7 personas de 65 años y más.

El índice generacional de adultos mayores representa el número de personas de 35 a 64 años por cada 100 persona de 65 y más. Otra representación que tiene este índice es el número de personas de 35 a 64 años que podrían hacerse cargo de cada persona de 65 años y más, calculando el índice con los datos del censo 2010(IGA=1,08) indica que por cada persona de 35 a 64 años puede hacerse cargo de solamente 1 persona de 65 años y más (aproximadamente la relación 1 a 1). Teóricamente, relaciona la generación de los adultos mayores con la de sus hijos, es decir, con la de sus cuidadores naturales, además informa indirectamente sobre la necesidad de cuidados. El índice de dependencia permite aproximarse a cuantificar la carga económica que soportaría la población potencialmente activa; por ejemplo en el 2010 el 60,67% de las personas menores a 14 años y las personas de 65 años y más dependen de la población que está entre 14 y 65 años.<sup>6</sup> (INEC, 2010).

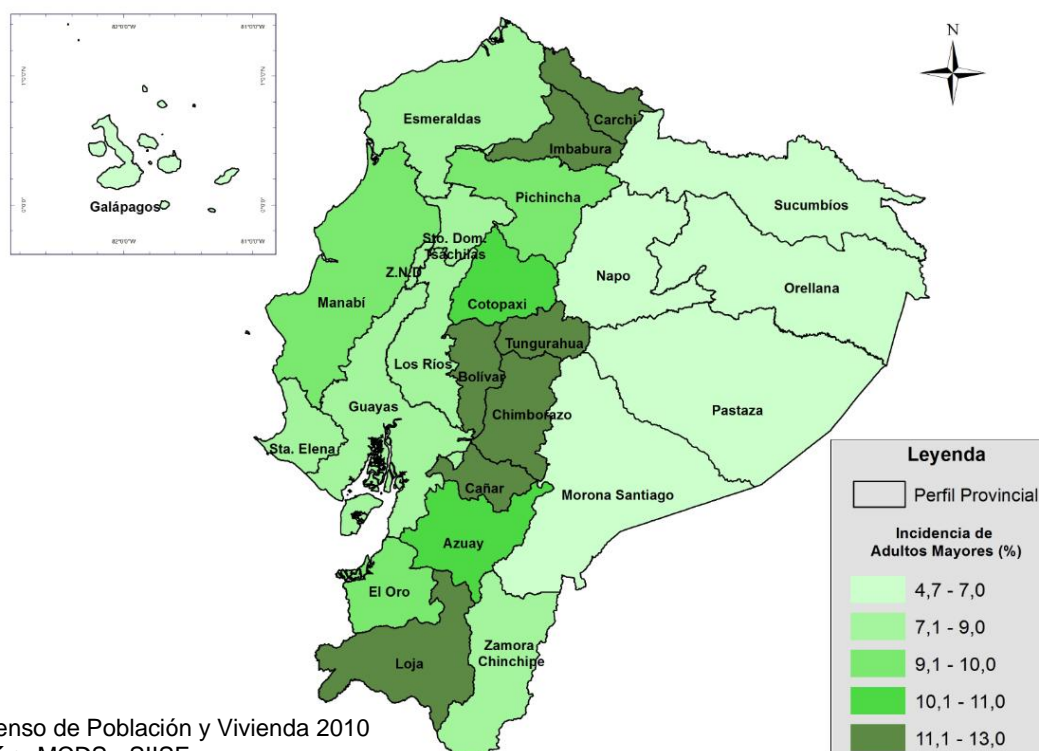
## **Aspectos sociales**

De acuerdo con el último censo, las personas de 65 años y más representan en 2010 el 6,50% de la población total de Ecuador, distribuida en forma desigual en las distintas regiones del país. Mientras que la Sierra es la región más envejecida, con un 7,39% de su población en estas edades, la Costa se encontraba por debajo de la sierra con 5,97%, siendo la Amazonía la más joven, con sólo un 4% de su población en las edades adultas mayores, conjuntamente con las Islas Galápagos (4,39%) y las zonas no delimitadas (5,35%). Ver Gráfico 7.

---

<sup>6</sup> Matriz de indicadores censales, INEC 2010.

**Gráfico 7. Incidencia de adultos mayores en la población**



**Fuente:** Censo de Población y Vivienda 2010

**Elaboración:** MCDS - SIISE

Si bien el promedio de las regiones refleja el nivel de envejecimiento de las provincias que las integran, en la Sierra destaca el caso de Santo Domingo de los Tsáchilas, con sólo un 5,02% de adultos mayores con respecto al total de su población, lo que es producto, probablemente, de la separación de la provincia de Pichincha. Es decir, si Santo Domingo seguiría perteneciendo a Pichincha, fuera esta provincia con el nivel de envejecimiento más bajo (6,14%). Pero con esta separación las provincias de la región sierra las cuales presentan niveles más bajos de envejecimientos son Carchi y Santo Domingo de los Tsáchilas, y una de las causas de este evento puede ser la inmigración selectiva de personas en edad de trabajar provenientes de otras zonas del país, lo que baja el peso relativo de las personas de la tercera edad.

En valores absolutos, la población adulta mayor se concentra en la Sierra (476.541 personas) y en la Costa (431.968 personas), mientras que en la Amazonia se concentran tan solo 29559; 1104 en Galápagos y 1733 en las zonas no delimitadas. Las provincias de Guayas y Pichincha, teniendo las dos ciudades más importantes del Ecuador, son las provincias que más adultos mayores registraron en el censo de población del 2010; con 214.139 y 162.249 respectivamente. La concentración dentro de estas dos provincias se da por causa de la migración interregional, el traslado del campo y ciudades pequeñas hacia las grandes metrópolis (Quito y Guayaquil). Siendo las provincias más pobladas, en términos porcentuales con relación al total de la población adulta mayor de cada región Pichincha concentra el 34,05% de los adultos mayores de la Sierra y Guayas el 49,57% de adultos mayores de la Costa.

La población adulta mayor es mayoritariamente urbana, son 542.899 personas en este rango de edad, lo que significa en términos porcentuales el 57,7% de las personas de este



grupo residen en las ciudades. Existe también una importante presencia en las zonas rurales (398.006 personas de la tercera edad); es decir, el 42,3% del total de adultos mayores se encuentran en las afueras de las ciudades, como por ejemplo el campo. Y se observa que reproduce, aproximadamente, la distribución de la población total de Ecuador de acuerdo a este criterio, que es de 62,77% en las zonas urbanas y 37,23% en las rurales según el censo 2010. En cuanto a las regiones del Ecuador se puede observar que no tienen la misma distribución; es decir, tanto en la sierra como en la amazonia, la mayoría de los adultos mayores residen en zonas rurales. Mientras que en la costa y galápagos se encuentran en la ciudad (véase *Cuadro 2*).

**Cuadro 2: Población de 65 años y más por región**

Regiones	Población de 65 años y más	
	Urbana	Rural
Sierra	49,93%	50,07%
Costa	67,91%	32,09%
Amazonía	36,51%	63,49%
Galápagos	73,46%	26,54%
Total país personas 65 años	57,81%	42,19%

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

## Estado Civil

Para analizar las condiciones de vida de los adultos mayores, un aspecto muy relevante es la situación conyugal. Dentro de las sociedades latinoamericanas puede constituirse en un importante factor de protección o de riesgo para satisfacer las necesidades de esta etapa de la vida. Las necesidades de los adultos mayores se van agudizando cada vez más por la edad avanzada y los cuidados que empiezan a demandar, es por esto que se dice que la familia funciona como una estructura de apoyo para estas personas, desde el punto de vista social, económico y sanitario.

Hay varios aspectos que se destacan en cuanto a la situación conyugal. En primer lugar, se observa que el 55,02% a nivel nacional (poco más de la mitad de la población adulta mayor) se encuentra casado o unido. Si se analiza la población adulta mayor según el sexo, el porcentaje de hombres casados y unidos es más alto que el de las mujeres, 32,82% hombres casados y 22,20% mujeres casadas. Según el lugar de residencia; los hombres y mujeres que residen en zonas rurales presentan porcentajes mayores en situación conyugal de casados o unidos. La diferencia entre hombres rurales y urbanos es mínima, 69,78% frente a 68,84%. En cambio, para el caso de las mujeres sólo el 48,70% de mujeres rurales están casadas o unidas, y el 37,84% de mujeres urbanas se encuentran en la misma situación.

El hecho de que los hombres en su mayoría estén casados o unidos, se debe a que los hombres de edad avanzada tengan más facilidad en entablar una relación con mujeres de menor edad que ellos, lo que posiblemente haga más atractiva la idea de volver a casarse. Este fenómeno parte de un punto de vista machista y paternalista que hoy en día aún prevalece en la cultura hegemónica de América Latina, entonces es posible que los hombres

busquen con mayor interés una pareja para que se ocupe de sus necesidades tanto materiales como emocionales.

La convivencia de los adultos mayores con una pareja (unidos o casados) permite suponer que se encuentran en una situación mejor, con mayor apoyo material y emocional que aquellos que están solos (solteros, viudos, separados o divorciados). Aún cuando los adultos mayores que se encuentran solos, pueden residir con otras personas que no necesariamente son su pareja (hijos u otros parientes), estas circunstancias pueden ser de menor cuidado directo hacia el anciano.

Dentro de las personas que no tienen pareja, y presumiblemente viven solos o con otras personas (parientes o no parientes), se encuentran divorciados y divorciadas, separados y separadas, solteros y solteras, viudos y viudas.

Las personas de la tercera edad que se han divorciado o se han separado constituyen una proporción muy baja dentro de la población adulta mayor, son 7,88% personas las cuales se encuentran en esta situación. En este caso son más mujeres divorciadas que hombres, 4,42% frente a 3,45%. El menor número de hombres divorciados se debe a la existencia de matrimonios reincidentes. Según la zona de residencia, las mujeres urbanas son las que presentan mayores divorcios o separaciones que las mujeres que residen en las zonas rurales (10,36% frente a 5,48%);

Como es de esperarse, una elevada proporción de la población adulta mayor está constituida por personas que se declaran viudas, en realidad es la segunda proporción más alta después de las personas casadas o unidas. Entre zona rural o urbana es mínima la diferencia de esta situación, entre los hombres urbanos y rurales es el 14,47% frente a 15,03% respectivamente; para el caso de las mujeres las cifras son un poco más elevadas, en las zonas urbanas las mujeres viudas corresponde al 38,07% y en las zonas rurales 36,16%. La diferencia que existe entre hombres y mujeres sea que residen en zonas urbanas o rurales, se debe así mismo por la diferencia de la mortalidad de hombres y mujeres; es decir, como se habló anteriormente la tasa de mortalidad masculina es mayor a la tasa de mortalidad femenina, lo que da como resultado mayor número de mujeres en estado de viudez. Véase Cuadro 3.

**Cuadro 3: Población de 65 años y más por estado conyugal y zona de residencia**

Zona	Hombres				Mujeres			
	Casado /Unido	Divorciado /Separado	Viudo	Soltero	Casada/unida	Divorciada /separada	Viuda	Soltera
<b>Urbana</b>	68,84%	8,48%	14,47%	8,21%	37,84%	10,36%	38,97%	12,82%
<b>Rural</b>	69,78%	5,82%	15,03%	9,36%	48,70%	5,48%	36,16%	9,66%

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

## Discapacidad

De acuerdo con el censo de población de 2010, las personas de 65 años y más que han declarado tener alguna discapacidad permanente corresponde al 23,62% del total de adultos

mayores. La discapacidad es mayor en las mujeres que en los hombres: el porcentaje de discapacidad es de 51,44% entre ellas y de 48,56% entre ellos. *Ver Cuadro 4.*

**Cuadro 4: Población de 65 años y más que posee alguna discapacidad**

Discapacidad permanente	Hombre	Porcentaje %	Mujer	Porcentaje %	Total	Porcentaje %
Si	107924	48,56	114338	51,44	222262	23,62
No	295547	46,39	341583	53,61	637130	67,71
No responde	42383	52,00	39130	48,00	81513	8,66
<b>Total</b>	<b>445854</b>		<b>495051</b>		<b>940905</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

En los tipos de discapacidad que pueden identificarse existe un predominio de aquellas asociadas a las discapacidades físico-motora (capacidad para mover el cuerpo), visual y auditiva. Las discapacidades que tienen una representatividad relativamente baja son aquellas asociadas con problemas mentales e intelectuales (4,60% y 4,85% respectivamente). El 44,60% de las mujeres que declararon tener alguna discapacidad padecen de deficiencia en la movilidad del cuerpo, frente a los hombres que son el 41,61%. Por otro lado, en dificultades para escuchar el 21,09% de los hombres padecen de esta discapacidad, frente al 19,45% en las mujeres. *Ver Cuadro 5.*

**Cuadro 5: Población de 65 años y más según sexo y tipo de discapacidad**

Tipo de discapacidad	Total de ADM con alguna discapacidad	Porcentaje %	Hombre	Porcentaje %	Mujer	Porcentaje %
Mental	11275	4,60	5062	4,29	6213	4,90
Auditiva	51654	21,09	26986	22,86	24668	19,45
Visual	64375	26,29	31303	26,52	33072	26,08
Físico-motora	105687	43,16	49123	41,61	56564	44,60
Intelectual	11883	4,85	5579	4,73	6304	4,97
<b>Total</b>	<b>244874</b>	<b>100</b>	<b>118053</b>	<b>100</b>	<b>126821</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

## Analfabetismo

El porcentaje de analfabetismo total de los adultos mayores, es de 25,43% para ambos sexos, es por lo menos 5 o 6 veces superior al de los más jóvenes, con diferencias entre los sexos que varían según las edades. Dentro de la población adulta mayor se observan diferencias de analfabetismo por sexo y lugar de residencia. Una de las razones por las que estas diferencias se dan, es por que su infancia atravesó por una época donde la educación formal era altamente inequitativa en perjuicio de las mujeres y de las personas residentes en las zonas rurales. *Véase Cuadro 6.*

**Cuadro 6: Porcentaje de analfabetismo de la población de 65 años y mas, por sexo y lugar de residencia**

Sexo y área	Hombre	Mujer	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Ambos sexos
	Urbano (%)			Rural (%)		
Personas analfabetas de 65 años y mas	11,92	18,35	15,43	31,88	46,26	39,06

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

- En las zonas urbanas las diferencias por sexo son de 6,43 puntos porcentuales en detrimento de las mujeres, mientras que en las zonas rurales la diferencia se amplía a 14,38 puntos en su perjuicio.
- Una mayor diferencia se observa cuando se comparan personas del mismo sexo en zonas urbanas y rurales: los hombres tienen 19,96 puntos de diferencia entre ellos y las mujeres 27,91.

## Nivel de instrucción

La población adulta mayor de Ecuador muestra logros muy bajos en cuanto al nivel de instrucción alcanzado durante su vida. Pues la mayoría de adultos mayores han llegado tan solo a estudiar la primaria. Que esto en años de estudio resulta ser un poco más de 5 años tanto en hombres como en mujeres; pero el nivel de escolaridad para los hombres es mayor que el de las mujeres, casi 6 años y 5 años respectivamente.

Hablando en términos porcentuales significa que el 50,38% de los adultos mayores de ambos sexos ha completado el ciclo primario y básico en todo el país, mientras que el 12,36% ha concluido la secundaria o educación media. Una cifra que llama mucho la atención es de aquellas personas que no presentan algún tipo de instrucción; es decir, el 24,32% personas de 65 años y más nunca han tenido la oportunidad de ingresar a algún tipo de centro educativo.

Comparando el nivel de instrucción de las personas de la tercera edad según la zona en la que residen y su sexo, en las zonas urbanas la posición de los hombres es levemente superior al de las mujeres (53,22% frente a 50,71%); la diferencia en las zonas rurales es mayor entre hombres y mujeres, el 54,63% de los hombres y el 42,10% de las mujeres han culminado los estudios básicos y primarios.

Para el caso de la educación secundaria, pasa lo contrario entre hombres y mujeres, las mujeres superan a los hombres en las zonas urbanas (19,83% frente a 17,22%); pero en las zonas rurales ambos sexos presentan una situación similar, aproximadamente el 4% de los adultos mayores que se encuentran en las zonas rurales han culminado el ciclo medio o secundario. Por otro lado, la educación superior es el que menos se encuentra representado en los tres niveles educativos, en las zonas urbanas los valores son 10,39% y 5,35% para hombres y mujeres respectivamente. Y en las zonas rurales los valores son muy bajos para hombres 1,88% y para mujeres 0,87%. Con respecto a títulos de cuarto nivel, como son los postgrados, son muy pocas las personas que han obtenido títulos de este nivel, en las zonas

urbanas el 1,71% de hombres y el 0,43% de mujeres. En las zonas rurales si hay personas con títulos de cuarto nivel y la diferencia con las zonas urbanas es muy marcada, 0,32% y 0,07% para hombres y mujeres respectivamente. Véase Cuadro 7.

**Cuadro 7: Porcentaje de población de 65 años y más por nivel de instrucción según zona de residencia**

Nivel de instrucción	País		Urbana		Rural	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ninguno	21,33%	29,16%	11,81%	17,35%	30,98%	43,53%
Alfabetización	1,96%	2,59%	0,83%	1,55%	3,16%	3,86%
Pre escolar	0,66%	0,69%	0,63%	0,71%	0,63%	0,57%
Primario	56,35%	49,47%	53,22%	50,71%	54,63%	42,10%
Secundario	11,68%	14,07%	17,22%	19,83%	3,66%	3,91%
Superior	6,89%	3,72%	10,39%	5,35%	1,88%	0,87%
Postgrado	1,14%	0,30%	1,71%	0,43%	0,32%	0,07%

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

## Relación de parentesco

En el tema de relación de parentesco con el jefe de familia permite determinar cuántas personas mayores son jefes de hogar o cónyuges y, del resto, conocer con quien viven y en qué relación de parentesco se encuentran con las restantes personas del hogar.

Según los datos del censo 2010 se infiere que el 60,33% de los adultos mayores del Ecuador son jefes de hogar y el 18,52% son sus cónyuges; es decir, 567.687 del total de la población adulta mayor son jefes y 174.273 son cónyuges, considerando las zonas urbanas y rurales. Del total de hombres de la tercera edad, el 81,35% son jefes de hogar, la jefatura masculina es del 53,31% en zonas urbanas y 46,69% en zonas rurales. En cambio la jefatura femenina es del 41,40% del total de mujeres adultas mayores, y de acuerdo a la zona que residen el 61,23% son mujeres urbanas y 38,77% mujeres rurales que cumplen con este rol. Y a su vez, del total de jefes, el 63,89% son hombres y el 36,07% son mujeres. Véase Cuadro 8.

Del resto, el 12,97% de la población dentro de este grupo etario vive con sus hijos o hijas en calidad de padres o suegros, son las mujeres urbanas quienes en su mayoría cumplen con este rol. Miembros de hogar colectivo, es decir, los asilos o albergues donde personas de la tercera edad acuden o son internados por sus familiares para que residan en ese lugar y reciban los cuidados necesarios, representan el 0,61% del total de la población adulta mayor.

**Cuadro 8: Población de 65 años y más según relación de parentesco con el jefe, sexo y lugar de residencia.**

Relación de parentesco	Total país	%	Lugar de residencia			
			Urbano		Rural	
			Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Jefe o Jefa de hogar	567687	60,33%	78,45%	42,34%	84,94%	40,01%
Cónyuge o conviviente	174273	18,52%	3,96%	27,89%	1,99%	39,21%
Hijo o Hija	3234	0,34%	0,32%	0,38%	0,31%	0,35%
Yerno o nuera	219	0,02%	0,04%	0,01%	0,03%	0,01%
Padres o suegros	119172	12,67%	9,12%	19,52%	6,05%	13,48%
Otro pariente	60356	6,41%	6,10%	7,77%	5,32%	5,89%
Otro no pariente	9464	1,01%	1,05%	1,02%	1,09%	0,85%
Empleado(a) doméstico(a)	688	0,07%	0,03%	0,15%	0,06%	0,03%
Miembro de hogar colectivo	5733	0,61%	0,90%	0,93%	0,22%	0,17%
Sin vivienda	79	0,01%	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

## Estructura de los hogares

En Ecuador se han contabilizado un total de 3'815.814 hogares de los cuáles sólo el 12,67% tiene al menos un adulto mayor.

Los hogares han sido clasificados en seis tipos: unipersonales (con una sola persona en el hogar), nucleares (con un jefe de hogar y cónyuge, con o sin hijos), monoparental (sólo madre o padre e hijos/as), compuestos (incluyen parientes y otros miembros no parientes), extendidos con núcleos (jefe de hogar y cónyuge e hijos, además otros parientes); y extendidos sin núcleo (integrado por parientes pero sin núcleo de padre, madre e hijos).

Según estructura del hogar donde residen adultos mayores se puede apreciar que, en orden de importancia, el 36,86% de hogares en los cuales hay al menos un adulto mayor corresponde a los hogares compuestos. Seguido por los hogares unipersonales, nucleares y extenso sin núcleo (21.71%, 17.45% y 13.83% respectivamente). Los menores porcentajes de hogares con adultos mayores se asocian a los: monoparentales y extenso con núcleo (9.44% y 0.71% respectivamente). Véase Cuadro 9.

**Cuadro 9: Número de hogares con adultos mayores, según su estructura**

Tipo de hogares	Número de hogares con ADM	Porcentaje %
Nuclear	107739	17,45
Monoparental	58264	9,44
Unipersonal	134029	21,71
Compuesto	227522	36,86
Extenso con núcleo	4407	0,71
Extenso sin núcleo	85363	13,83
<b>Total</b>	<b>617324</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

## Tipo de vivienda

Al analizar las viviendas en las cuales los adultos mayores viven, se refleja las condiciones materiales de vida de estas personas; esto está estrechamente relacionado con el estado de salud y bienestar de la persona analizada y de sus familiares.

El censo 2010 muestra que 99,38% de los adultos mayores ecuatorianos fue registrado como residiendo en viviendas particulares y sólo el 0,62% en viviendas colectivas. Dentro de viviendas particulares, la gran mayoría de las personas que se encuentran en las zonas urbanas declaró residir en casas o villas y departamentos (91,71%); mientras que el grupo restante declaró vivir en cuartos (3,61%) o viviendas francamente precarias tales como mediaguas, ranchos, covachas y chozas (4,69%). En cambio en las zonas rurales el porcentaje de casas y departamentos es menor que en lo urbano (82,91%), mientras que el de viviendas precarias se eleva a un 16,5%. Véase Cuadro 10.

**Cuadro 10: Porcentaje de población de 65 años y más en viviendas particulares por tipo de vivienda, sexo y lugar de residencia.**

LUGAR DE RESIDENCIA Y SEXO	Casa/villa	Departamento	Cuarto(s)	Mediagua	Rancho	Covacha	Choza	Otra vivienda particular
Hombre	78,58%	8,56%	2,36%	3,76%	5,02%	0,81%	0,79%	0,13%
Mujer	78,93%	9,79%	2,30%	3,92%	3,73%	0,53%	0,69%	0,12%
Urbano	76,95%	14,76%	3,61%	2,32%	1,82%	0,36%	0,07%	0,12%
Rural	81,22%	1,69%	0,60%	5,91%	7,75%	1,07%	1,64%	0,13%

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

En relación a la tenencia, la gran mayoría de los adultos mayores (767.880 personas) se declaran propietarios de su vivienda (81,61%), lo que es más frecuente en las zonas urbanas. Cuando se observa la información sobre tenencia de la vivienda según zonas urbanas y rurales: las mujeres dentro de las ciudades son quienes en su mayoría declaran ser propietarias de su vivienda, 42,73% frente al 35,74% de hombres propietarios. En las zonas rurales entre hombres y mujeres propietarios de sus viviendas, 43,03% frente a 42,87% respectivamente. El 1,07% de los adultos mayores no respondió esta pregunta. Véase Cuadro 11 y 12.

**Cuadro 11: Población de 65 años y más según tenencia de la vivienda y sexo.**

Lugar de residencia	Número			Porcentaje	
	Total	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Con vivienda propia	767880	365280	402600	47,57%	52,43%
Sin vivienda propia*	167213	77851	89362	46,56%	53,44%

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

\*Prestada o cedida, por servicios, arrendada o anticresis

**Cuadro 12: Población de 65 años y más según tenencia de la vivienda y sexo.**

Lugar de residencia	Vivienda propia		Sin vivienda propia*	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Hombre	35,74%	43,03%	9,17%	7,04%
Mujer	42,73%	42,87%	11,29%	7,05%

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

\*Prestada o cedida, por servicios, arrendada o anticresis

En cuanto a las viviendas colectivas, el número de adultos mayores que las habita es de 5812 personas, de las cuales 2723 son hombres y 3089 son mujeres. Dentro de este tipo de vivienda la mayoría de personas de la tercera edad tanto hombres como mujeres se concentran en asilo de ancianos; el 32,79% de los hombres y el 42,34% de las mujeres. Otra vivienda colectiva que concentra una considerable proporción de adultos mayores, es un hospital o clínica (23,36% hombres y 21,17% mujeres). Véase Cuadro 13.

**Cuadro 13: Población de 65 años y más en viviendas colectivas y por sexo**

VIVIENDA COLECTIVA	Hombres		Mujeres	
Hotel, pensión, residencial u hostel	315	11,57%	210	6,80%
Centro de rehabilitación social/cárcel	108	3,97%	11	0,36%
Centro de acogida y protección para niños y niñas, mujeres e indigentes	85	3,12%	92	2,98%
Hospital, clínica, etc	636	23,36%	654	21,17%
Convento o institución religiosa	166	6,10%	549	17,77%
Asilo de ancianos u orfanato	893	32,79%	1308	42,34%
Otra vivienda colectiva	451	16,56%	255	8,26%
Sin vivienda	69	2,53%	10	0,32%
<b>Total</b>	<b>2723</b>	<b>100%</b>	<b>3089</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

## Caracterización

El sector de salud del Ecuador está conformado por varias instituciones públicas y privadas, con o sin fines de lucro. En primer lugar el sector público está constituido principalmente por el Ministerio de Salud Pública (MSP), y por otras instituciones como: el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de la Policía. Adicionalmente existen servicios de salud de algunos municipios. Estas instituciones prestan diferentes combinaciones de servicios de salud y sistemas de aseguramiento y financiamiento de servicios.

El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina



prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además, existen cerca de 10000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

Otros servicios son prestados por organismos especiales, tales como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana (OPS – OMS, 2008). El sistema de salud también incluye clínicas y hospitales privados, tanto con fines de lucro como sin fines de lucro y médicos particulares e independientes.

En el año 1928 se expidió la primera Ley de Jubilación “Caja de Pensiones”, a raíz de esta ley se origina el sistema de seguridad social en el Ecuador. Y en 1935 se dictó la Ley de Seguro Social Obligatorio. El sistema de seguridad social está integrado por cuatro instituciones autónomas, regidas por el sistema de repartos y financiadas por sus respectivos contribuyentes: el Instituto de Seguridad Social (IESS), el Seguro Social Campesino (SSC), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL).

La seguridad social, como está estipulado en la ley, se basa en la aplicación de los principios de obligatoriedad, universalidad y solidaridad generacional, en armonía con las normas internacionales de trabajo en materia de regímenes de Seguridad Social. En cuanto a las contribuciones para la seguridad social son tripartitas; es decir, asegurados, empleadores y el Estado, más la rentabilidad de las inversiones de sus recursos económicos y materiales.

El IESS es la institución más importante del sistema, y ha sido definido dentro del marco de la Ley de Seguridad Social como *“una entidad pública descentralizada, dotada de autonomía normativa, técnica administrativa, financiera y presupuestaria, con personería jurídica y patrimonio, que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro General Obligatorio en todo territorio nacional”*. Además, se declara como misión del IEES *“proteger a la población urbana y rural, con relación de dependencia laboral o sin ella, contra las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos del trabajo, discapacidad, cesantía, invalidez, vejez y muerte”*.

El organismo provee diferentes servicios: seguro adicional de fondos de reserva y cesantía, gestión de montepíos, seguro de pensiones, seguro de riesgos del trabajo, seguro de salud individual y familiar, y seguro campesino. En el caso de las personas de 65 años y más, el IESS brinda al jubilado (siempre que haya cumplido con los requisitos de edad y tiempos de servicio) prestaciones económicas, asistencia de salud y programas socio-ocupacionales; también protege a las viudas y huérfanos del afiliado o jubilado fallecido que cumplieron con los requisitos, con prestaciones económicas (pensiones de montepío) y asistencia de salud para la viuda.

En el caso del seguro social campesino, es un seguro rural, familiar y voluntario que es reconocido y subsidiado por el Estado; cubre a campesinos y pescadores artesanales,

siempre y cuando no esté incorporado a alguna otra cobertura de seguro social. Cuando el jefe de familia es jubilado, recibe la prestación económica de la pensión por vejez y los demás miembros de la familia son beneficiarios de la prestación de salud.

De acuerdo al censo del 2010, 71.801 adultos mayores poseen un seguro de salud privado; valor que en términos porcentuales representa el 7,63% del total de estas personas en el país. Mientras que 795.113 personas no están aseguradas con alguna empresa de salud privada. Haciendo una relación de las personas con seguro privado y las que no poseen este, el primer grupo representan un 9% de las personas correspondiente al segundo grupo. En cuanto sexo, son los hombres quienes tienen mayor acceso a un seguro de salud privado a diferencia de las mujeres, 40677 y 33138 respectivamente; lo que significa en términos porcentuales 9,12% para hombres y 6,69% para mujeres.

Aproximadamente un 20% de los adultos mayores son afiliados a algún seguro de salud (IESS, SSC, ISSFA, ISSPOL o un seguro privado). Respecto al resto, aproximadamente entre el 60% y 70% de la población en total es cubierto por el Ministerio de Salud. Se desconoce la cifra de cuántas personas se encuentran marginados de la atención médica, aunque estos últimos serán principalmente los adultos mayores de escasos recursos, en las zonas rurales y urbano-marginales, incluyendo a los que pertenecen a los pueblos indígenas.

El último censo indica tres instituciones a las cuales adultos mayores aportan para adquirir un seguro social, dentro de estas están: instituto de seguridad social de las fuerzas armadas (ISSFA), instituto de seguridad social de la policía nacional y el instituto ecuatoriano de seguridad social (IESS). En cuanto al seguro de esta última institución, se divide en un seguro general, seguro voluntario y seguro campesino. Del total de adultos mayores que aportan a un seguro social, que corresponde a 114.865 personas; el 97,25% aportan al IESS, seguido por las ISSFA y el ISSPOL (1,99% y 0,76% respectivamente). Para el seguro de las tres instituciones antes mencionadas a excepción del seguro voluntario del IESS, son los hombres quienes en su mayoría tienen seguro social, 70.905 adultos mayores hombres. En el caso del seguro voluntario, son más mujeres de 65 años y más quienes aportan para este servicio; es decir, 4393 mujeres y en términos porcentuales 57% del total de personas del seguro voluntario. Véase Cuadro 14.

**Cuadro 14: Personas de 65 años y más, según la institución que están afiliados o aportan**

Institución	Total	%
Seguro ISSFA	815	0,09%
Seguro ISSPOL	273	0,03%
IESS Seguro general	11122	1,18%
IESS Seguro voluntario	2120	0,23%
IESS Seguro campesino	7367	0,78%
No aporta	26603	2,83%
Se ignora	2011	0,21%

**Fuente:** Censo de población y vivienda 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

Las personas jubiladas dentro de estas tres instituciones, incluido el Seguro Campesino (SSC-IESS), es en el IESS donde existe el mayor número de jubilados a nivel nacional abarcando 72,70% del total de jubilados; seguido por el SSC, ISSFA e ISSPOL (13,44%, 9,82% y 4,04% respectivamente). Véase Cuadro 15.

**Cuadro 15: Cobertura de la seguridad social a adultos mayores**

Institución Seguro	Jubilados	Porcentaje %
IESS	185510	72,45
SSC	34729	13,56
ISSFA	25379	9,91
ISSPOL	10450	4,08
Total	256068	100

**Fuente:** MCDS, Registros institucionales del IESS, ISSFA e ISSPOL 2010.

**Elaboración:** Andrea Ledesma

Dentro del IESS el número total de pensionistas a enero del 2012 fue de 303901, lo que corresponde al 2,10% del total de la población ecuatoriana. En cuanto a la pensión de jubilación por vejez, son 185510 correspondiente al 61,04% del total de pensionistas, donde la mayoría son hombres que mujeres. Pero si se hace la relación con el total de la población adulta mayor, solo el 19,72% de estas personas son beneficiarias de la pensión por jubilación. Ver Cuadro 16.

**Cuadro 16: Número de pensionistas según tipo de pensión**

Número de pensionistas	Género		TOTAL	Porcentaje %
	Femenino	Masculino		
Subsidio transitorio	47	74	121	0,04
Mejora de Retiro	33	2785	2818	0,93
Especial reducida	5076	6359	11435	3,76
Pensión por invalidez	6236	8968	15204	5,00
Jubilación por vejez	76977	108533	185510	61,04
Montepío	80596	8217	88813	29,22
<b>Seguro general</b>	168965	134936	303901	100

**Fuente:** Dirección de Desarrollo Institucional, 2012

**Elaboración:** Andrea Ledesma

A nivel regional, es en la sierra donde se encuentra la mayoría de personas de la tercera edad que tienen un seguro social, sea en el IESS, ISSPOL o ISSFA; el número de personas es de 37095. Mientras que en la costa, oriente y Galápagos, los valores son 302334, 3366 y 89 respectivamente.

Por otro lado, los datos del censo muestran que son más los adultos mayores que no aportan a un seguro social, que los adultos mayores que si lo hacen. El total de las personas que reciben un seguro social, sea voluntario o no, suman un total de 111.708; mientras que son 660692 personas de 65 años y más que no aportan a ninguna institución para ser beneficiario de un seguro.

Hay muchos casos de personas de 65 años y más, quienes aún se mantienen en la vida laboral, ejerciendo su profesión (quienes la tienen) o en trabajos informales, para asegurarse la sobrevivencia. Esto se debe a los bajos salarios durante la vida laboral o los reducidos ingresos que provienen de la jubilación o de pensiones. Pero muchas de las veces les resulta difícil el obtener un empleo por la escasa oferta de puestos de trabajo para estas personas de edad avanzada y en algunas ocasiones de bajo nivel de instrucción. Según la encuesta SABE existe una buena cantidad de adultos mayores los cuales aún siguen siendo parte de la población económicamente activa, del total de la población adulta mayor el 51,6% es económicamente activa, el restante (48,45) son no activos. *Ver Cuadro 17.*

**Cuadro 17: Porcentaje de población económicamente activa en adultos mayores**

Estado	Mujer	Hombre	Total
No activos	62,1	32,3	48,4
Activos	37,9	67,7	51,6

**Fuente:** Encuesta SABE 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

Si hablamos de la proporción de adultos mayores que reciben ingresos sea por jubilación o por trabajo, observamos que es apenas el 17,9% de los adultos mayores los cuales reciben ingresos por jubilación; con relación al sexo, existe una diferencia de casi 8 puntos entre hombre y mujeres que reciben ingresos de este tipo (22% y 13,8% respectivamente). El 63,6% de los adultos mayores que tienen ingresos por trabajo, son hombre; mientras el 31,9% son mujeres. *Ver Cuadro 18.*

**Cuadro 18: Población de adultos mayores por grupos de edad y sexo, según si reciben ingresos por jubilación o por trabajo**

Edad/años	Ingresos por jubilación	Mujer %	Hombre %	Total %	Ingresos por trabajo	Mujer %	Hombre %
60 a 64	Si	6	13,1	9,4	Si	44,3	81,1
	No	94	86,9	90,6	No		
65 a 74	Si	13,3	22,5	17,5	Si	38,1	73,8
	No	86,7	77,5	82,5	No		
75 y más	Si	22	28,9	25,3	Si	15,4	38,7
	No	78	71,1	74,7	No		
<b>Total</b>	Si	13,8	22	17,9	Si	31,9	63,6
	No	86,2	78	82,1	No		

**Fuente:** Encuesta SABE 2010, INEC

**Elaboración:** Andrea Ledesma

En la Ley Orgánica de Seguridad Social, el Art. 184 habla sobre la clasificación de pensiones según la contingencia que la determine, pueden haber dos tipo de pensiones: 1. Ordinaria de vejez, y 2. Por invalidez. La jubilación ordinaria por vejez consiste en la entrega de una renta mensual vitalicia, para acogerse a los beneficios de la jubilación ordinaria de vejez, los afiliados deben cumplir con los requisitos de edad y tiempo de aportación. Véase *Cuadro 19.*

**Cuadro 19: Número de imposiciones para la jubilación.**

EDAD PARA JUBILARSE	NÚMERO DE IMPOSICIONES	
Sin límite de edad	480 imposiciones mensuales o más	40 años
60 años	360 imposiciones mensuales o más	30 años
65 años	180 imposiciones mensuales o más	15 años
70 años	120 imposiciones mensuales o más	10 años

**Fuente:** IESS**Elaboración:** Andrea Ledesma

Existen dos tipos de pensiones de jubilación, estas son: mínimas y máximas. Las pensiones mínimas y máximas de vejez, vigentes en el año 2011, se establecen de acuerdo con el tiempo aportación, en proporción del salario básico unificado mínimo del trabajador en general (IESS 2011). Véase Cuadro 20 y Cuadro 21.

*Salario básico unificado mensual 2011 (SBUM)= \$292,00*

Según lo que establece la Resolución C.D. 300, de enero 12 de 2010:

Las pensiones mínimas de invalidez, de vejez, de incapacidad permanente total o absoluta y de riesgos de trabajo, se establecerán de acuerdo al tiempo aportado, en proporción del salario básico unificado mínimo de la categoría en la que cesó el trabajador previo a su condición de pensionista.

Las pensiones máximas de vejez que se otorguen a partir del año 2010. Se establecerán de acuerdo al tiempo aportado, en proporción del salario básico unificado mínimo del trabajador en general. Véase Cuadro 20 y 21.

**Cuadro 20. Pensiones mínimas**

Años aportados	% mínimo	RENTA MÍNIMA		
		Año 2010	Año 2011	Año 2012
Hasta 10	50%	\$ 120,00	\$ 132,00	\$ 146,00
11-20	60%	\$ 144,00	\$ 158,40	\$ 175,20
21-30	70%	\$ 168,00	\$ 184,80	\$ 204,40
31-35	80%	\$ 192,00	\$ 211,20	\$ 233,60
36-39	90%	\$ 216,00	\$ 237,60	\$ 262,80
40 y más	100%	\$ 240,00	\$ 264,00	\$ 292,00

**Fuente:** Dirección de Desarrollo Institucional, IESS**Elaboración:** Andrea Ledesma

**Cuadro 21. Pensiones máximas**

Años aportados	% mínimo	RENTA MÁXIMA		
		Año 2010	Año 2011	Año 2012
10-14	250%	\$ 600,00	\$ 660,00	\$ 730,00
15-19	300%	\$ 720,00	\$ 792,00	\$ 876,00
20-24	350%	\$ 840,00	\$ 924,00	\$ 1.022,00
25-29	400%	\$ 960,00	\$ 1.056,00	\$ 1.168,00
30-34	450%	\$ 1.080,00	\$ 1.188,00	\$ 1.314,00
35-39	500%	\$ 1.200,00	\$ 1.320,00	\$ 1.460,00
40 y más	550%	\$ 1.320,00	\$ 1.452,00	\$ 1.606,00

**Fuente:** Dirección de Desarrollo Institucional, IESS

**Elaboración:** Andrea Ledesma

Más de la mitad de los adultos mayores forman parte de la población económicamente activa. Entre los hombres, la proporción es mayor que entre las mujeres (67,7% y 37,9% respectivamente). En el análisis del patrón de ocupación y desocupación, se observa que casi todas las personas (hombres y mujeres) económicamente activas son ocupados.

## **Política social del estado: principales programas**

### **Actuación del IESS frente a los adultos mayores**

El IESS siendo la principal y más importante institución de seguridad social en el Ecuador, a más de brindar asistencia de salud y pensiones a los adultos mayores, ofrece un programa denominado “Programa Servicios Sociales para el Adulto Mayor de IES”; el cual permite el mantenimiento de destrezas de todo tipo, el desarrollo de aptitudes y la confraternidad entre los jubilados. Uno de los lugares donde se da a cabo este tipo de actividades es en la Sede Social del IESS en Quito.

Son las personas jubiladas o beneficiarias de montepío quienes aprovechan los espacios y los servicios gratuitos que el IESS tiene para los adultos mayores a través de este programa. El único requisito para integrarse a estos grupos es el carné de jubilado o de montepío, en Quito hay 11 de estos espacios y por lo menos uno en cada capital de provincia.

El propósito principal es que las personas de la tercera edad no se queden aisladas en sus casas, sino que ocupen su tiempo con actividades que les permitan desarrollar su solidaridad, fomentar su autonomía, prevenir enfermedades mentales y mejorar problemas físicos.

Según la Coordinadora Nacional del Programa Servicios Sociales del IESS, solo un 10% de los jubilados participa en los distintos talleres que el programa ofrece. Se pueden mencionar algunas de las razones por las que esto suceda, un alto porcentaje de jubilados sigue incorporado a la producción, también hay un buen grupo que ya no tiene las capacidades para movilizarse por sí solos. Para este tipo de personas también hay un programa especial el cual brinda atención a domicilio por medio de las brigadas de atención integral a los

adultos mayores discapacitados; para ser beneficiarios de este tipo de programa, un familiar debe acercarse a los centros de salud del IESS y éstos tienen la obligación de mandar al médico al lugar donde se encuentre el paciente.

En coordinación con la empresa pública, privada y el IESS, continuamente se dictan cursos y conferencias a fin de educar sobre el envejecimiento y el cuidado de la salud física, mental y social. También se dictan, en instituciones, cursos prejubilares a fin de que la persona planifique para su vejez.

El programa de atención a los jubilados tiene cuatro ejes:

- **En lo educativo**

Permanentemente se abren cursos de guitarra, literatura, danza y talleres de, artesanías y manualidades.

- **Salud física**

Aprovechando espacios amplios como el de las Naciones Unidas en Quito, el programa privilegia las actividades al aire libre, como la gimnasia, el yoga y el taichí y los deportes. Esto ayuda mucho a los jubilados puesto que al mejorar el estado físico la salud en general se beneficia.

- **Salud mental**

Una forma de hacer salud gerontológica es prever las discapacidades en la tercera edad. El programa da mucha importancia a la parte cognitiva, a los talleres de salud mental a fin de mejorar la inteligencia emocional, al mantenimiento de memoria, control del estrés y la autoestima. Se hacen una serie de talleres manuales que promuevan la sicomotricidad fina, gruesa y todos los aspectos de motivación individual. Talleres de aprendizaje y de labor terapia

- **Fortalecimiento emocional**

Incluye todo lo que tiene que ver con actividades socio-recreativas, integracionales a fin de que el adulto mayor sea participativo comunitariamente. (IESS, 2010).

## **MUNICIPIO DE QUITO PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO**

Sesenta y piquito es una iniciativa del municipio de Quito hacia los adultos mayores del Distrito Metropolitano, este programa tiene como objetivo la realización humana y la salud integral de los adultos mayores y procurar que de manera progresiva, las personas de 60 años y más accedan a prestaciones y servicios de calidad, de calidez y eficaces.

Sesenta y piquito está enfocado a la dignificación de la vida y a la inclusión de las personas adultas mayores, potenciando la salud, desde una concepción integral, centrándose en la relación de la persona con su entorno, sea este, la familia, ambiente, barrio, comunidad, sociedad, reconocer requerimientos específicos basados en la edad, en las limitaciones y en otras condiciones, sin dejar de considerar a la persona en su integralidad. Además, reconoce y recupera la dinámica organizativa que existe a nivel comunitario de las personas adultas mayores.

## **Prestaciones complementarias progresivas**

- **Apoyo a la familia y a la persona:** considera el abordaje de las necesidades humanas fundamentales de subsistencia protección y afecto, dentro de las dimensiones del tener y el estar.
  - Evaluación de salud y derivación a servicios públicos.
  - Detención de espacios de riesgo y capacitación en prevención de accidentes caseros.
  - Fomento de alimentación saludable y valoración nutricional.
  - Atención emergente y activación de la red pública de salud.
  - Capacitación a las familias de PAM y PSD en prevención de daños agudos y cuidado de patologías crónicas.
  - Prevención de violencia y maltrato.
  - Acceso a redes de servicios para Restitución de derechos.
  - Visitas domiciliarias a personas en situación más vulnerable.
  - Promoción y difusión de derechos y servicios.
- **Apoyo a la socialización e integración comunitaria:** aborda como necesidades el entendimiento, la participación el ocio y la creatividad, poniendo mayor énfasis en el hacer.
  - Accesibilidad a otros servicios de promoción de salud: activación mental, activación física.
  - Apoyo para mejoramiento de la calidad de vida.
  - Conformación de grupos y redes de apoyo zonales
  - Consejería y asesoría integral a PAM – PSD y cuidadores.
  - Apoyo a liderazgo y conformación de veedurías por zona
  - Promoción cultural y social entre otros.
  - Terapia ocupacional
  - Difusión de derechos y servicios
  - Actividades turísticas y culturales
  - Quito lee
  - Encuentros, intercambios de experiencias, recuperación de tradiciones, etc.
  - Visitas programadas a museos, centro histórico, etc.
- **Apoyo a la inclusión social integral** enfatiza las necesidades de identidad, libertad y trascendencia, dentro de la dimensión del ser.
  - Espacios Vitales armónicos
  - No discriminación e inclusión simbólica de PSD y PAM
  - Participación ciudadana
  - Programas de capacitación para mejora de capacidades habilidades y talentos de PAM y PSD entre otros.
  - Capacitación, asesoría y apoyo para emprendimientos económicos. (Municipio DMQ, 2010).

## **Programa de Protección Social**

El programa de protección social consiste en una transferencia monetaria directa a los beneficiarios y ha tenido, desde sus orígenes, diversos objetivos, tales como garantizar a los



hogares un nivel mínimo de consumo; contribuir con la disminución de los niveles de desnutrición crónica y de enfermedades inmunoprevenibles para niños de hasta 5 años de edad; promover la reinserción escolar y asegurar la asistencia continua a clases de los niños de entre 6 y 16 años, y cuidar y proteger a la población adulta mayor y a las personas discapacitadas.

Pensión para adultos mayores: beneficio monetario mensual de USD 35 dirigido personas mayores de 65 años de edad. Se incorporará inicialmente a aquellos Adultos Mayores que se encuentren bajo la línea de pobreza establecida por el Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de acuerdo a los resultados obtenidos del Registro Social, y considerando la progresividad que se establece en la Constitución, a partir del año 2010, se establecerá un cronograma de incorporación de nuevos beneficiarios. El número de personas beneficiarias de esta pensión asistencial suma 665701 personas de la tercera edad.

### ***Capítulo 3: Protección social y pensión asistencial para adultos mayores en el Ecuador***

En el Ecuador existe la iniciativa por parte del Estado ecuatoriano por asegurar un consumo mínimo a grupos vulnerables y a personas en condiciones de pobreza y extrema pobreza. Para tener conocimiento de las personas que deben ser beneficiarios de este programa social, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social a través del Registro Social levanta una encuesta con la cual obtiene información de personas que viven en sectores vulnerables del país. Para determinar si una persona es beneficiaria o no, se realiza la aplicación del índice de bienestar el cual es calculado en base a varios elementos que son recolectados a través de la encuesta. Actualmente el quintil 1 que es considerado como pobreza extrema tiene un puntaje de 25.60, mientras que el quintil 2 conocido como pobreza moderada tiene un punto de corte de 36.60 puntos.

Este programa social consta de transferencias focalizadas a los grupos vulnerables como son las familias en condiciones de pobreza, personas con discapacidad y adultos mayores. Para los adultos mayores que no son pensionistas de ninguna institución como es el IESS, ISSFA o ISSPOL, se les entrega una transferencia monetaria no condicionada conocida como pensión asistencial. Dentro de la base del Registro Social a nivel nacional son 665701 adultos mayores beneficiarios de los 35 dólares recibidos como pensión asistencial. En este apartado se analiza el impacto que tiene este monto recibido en las condiciones de vida de las personas de 65 años y más que se encuentran en un escenario de pobreza moderada; para este análisis se escogieron 20 variables las cuales serán estudiadas a través de dos grupos: grupo de control y grupo de tratamiento (no beneficiarios y beneficiarios). Una vez identificados las variables y grupos de estudio, un modelo de regresión discontinua es la herramienta fundamental para determinar el impacto de la pensión asistencial en las condiciones de vida de los adultos mayores beneficiarios.

## Programa SELBEN – Registro Social

Para el análisis de este capítulo se procederá al estudio de los adultos mayores dentro de la muestra de la Encuesta del Registro Social a cargo del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. Con el objetivo de estudiar el mejoramiento de las condiciones de vida de la población ecuatoriana y con el fin de identificar, comprender y evaluar el efecto de las políticas sociales y los resultados e impactos de los programas y acciones de compensación social

En América Latina varios países, incluido el Ecuador, existe una base de datos la que recopila información de hogares y familias respecto a sus características socioeconómicas, siendo su objetivo el identificar a las personas más vulnerables y así beneficiarlas con las políticas y programas sociales existentes.

En el Ecuador el programa que estaba a cargo de la creación y manejo de dicha herramienta era el Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de programas sociales (SELBEN), fue creado en el año 2002. El programa se estableció como base de información y focalización para la cobertura de varios programas sociales como: salud, educación y bienestar. En un principio se tomaban los datos recolectados a partir de la Encuesta de Condiciones de Vida que era levantada por el INEC.

La base de datos se crea con una encuesta a nivel parroquial aplicada a los hogares de sectores vulnerables del país, con la información recolectada se asigna a cada núcleo familiar, un indicador de bienestar que será el que determine su situación socioeconómica. La asignación de este índice a las familias consiste en establecer ponderaciones a cada una de las características como: educación, vivienda, ocupación, demografía entre otras; estas ponderaciones sumadas se convierten en un puntaje del índice de bienestar. Una vez establecido este índice se ubica a las familias en quintiles de pobreza o escalas de bienestar para ser parte de los beneficiarios de programas sociales.

El gobierno estableció como beneficiarios a las personas o familias las cuales se ubicaban en los quintiles 1 y 2. El quintil 1 correspondía a las personas que calificaron con un puntaje menor o igual a 42.87 puntos a estas personas se las catalogaba en condiciones de extrema pobreza. Por otro lado, el quintil se ubica en el puntaje mayor a 42.87 y menor o igual a 50.65 puntos, puntaje que determinaba la línea de pobreza.

Las variables las cuales reciben las ponderaciones para ser calificadas son las detalladas en el *Cuadro 22*:

**Cuadro22: Componentes del IB – SELBEN**

1	Área geográfica	15	Préstamos del jefe de hogar
2	Tipo del piso de la vivienda	16	Posesión de cocina
3	Tipo de alumbrado de la vivienda	17	Posesión de TV a color
4	Disponibilidad ducha	18	Posesión de refrigeradora
5	Disponibilidad de servicio higiénico	19	Posesión de teléfono
6	Combustible para cocinar	20	Posesión de carro
7	Disponibilidad de tierras	21	Posesión de equipo de sonido
8	Hacinamiento del hogar	22	Posesión de VHS o DVD del hogar
9	Niños menores de 6 años	23	Niños de 6-15 años que no asisten a clases
10	Perceptores de ingresos	24	Tipo de plantel al que asiste los niños
11	Idioma del jefe de hogar	25	Hijos muertos
12	Educación del jefe de hogar	26	Último hijo nacido vivo que sigue vivo
13	Educación del cónyuge	27	Discapacitados en el hogar
14	Afiliación de jefe de hogar seguro		

**Fuente:** MCDS – RIPS

**Elaboración:** Andrea Ledesma

En abril del 2007, en la base del SELBEN se encontraban registradas 2'057.523 familias, de las cuales el 32% se encontraban en el quintil 1, el 32 % al quintil 2, el 25% al quintil 3 y el 11% restante correspondían a los quintiles 4 y 5.

En agosto del 2009 por Decreto Ejecutivo se otorgó al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social la responsabilidad de realizar el estudio social, económico y demográfico a las diferentes familias para medir el nivel de bienestar y según eso sean beneficiarios de los programas sociales. Y en septiembre del mismo año por el acuerdo ministerial No. 0016 se establece el Registro Social dentro del MCDS como el departamento responsable de la aplicación de un cuestionario, verificar la autenticidad de la información, la elaboración de la base al menos cada 5 años, visitar a la viviendas para verificar la información entregada y registrar a nuevas familias para ser beneficiarias.

Según el MCDS el Registro Social es:

*“Un catastro nacional de información social, económica y demográfica individualizada a nivel de hogares, núcleos familiares y sus miembros como un instrumento que permita determinar los niveles de bienestar de las familias ecuatorianas, con el propósito de que puedan acceder a los programas sociales y subsidios estatales.”*

Entonces el SELBEN fue sustituido por el ahora Registro Social y por el Registro Interconectado de Programas Sociales (RIPS), al ser sustituido se implantaron nuevos términos de calificación, así como también las líneas de corte de pobreza en cuanto al puntaje que deben cumplir las familias para ser acreedoras de los programas sociales. El quintil 1 pasó de 42.87 a 25.60 puntos y el quintil 2 de 50.65 a 36.60 puntos; esto sucedió tras una variación en las ponderaciones a los diferentes componentes tomados en cuenta y un cambio en las variables analizadas. Ver Cuadro 23.

**Cuadro 23: Componentes del IB – Registro Social**

1	Piso vivienda	12	Hacinamiento
2	Servicio de ducha	13	Pobreza sector
3	Servicio sanitario	14	Ubicación geográfica
4	Elimina basura	15	Numero de personas
5	Tratamiento de agua	16	Instrucción jefe
6	Material pared	17	Bienes
7	Obtención del agua	18	Conectividad
8	Material techo	19	Otros ingresos
9	Estado de la vivienda	20	Tipo establecimiento
10	Acceso vivienda	21	Niños hasta de 14 años
11	Ubicación agua y sanitario		

**Fuente:** MCDS - RIPS

**Elaboración:** Andrea Ledesma

Para identificar las familias en condiciones de pobreza o extrema pobreza se procedió hacer el levantamiento de la información en 26000 sectores censales vulnerables. La clase de datos recopilados son de la vivienda, del hogar, de los miembros del hogar y del núcleo del hogar (cabe recalcar que en una vivienda pueden existir varios núcleos del hogar). El formulario que levanta el Registro Social tiene temáticas como: actividad económica, educación, servicios básicos, ubicación geográfica, bienes, materiales de vivienda, idioma y auto identificación étnica.

Actualmente en la base de datos del RS se encuentran registrados 9'491509 ecuatorianos, lo que corresponde al 65,5% del total de la población. En esta base existen 2'722.668 familiar, 665701 adultos mayores, 335091 personas discapacitadas, 8'490717 otras personas. Este programa de protección social consiste en dos componentes, el Bono de Desarrollo Humano (BDH) y un Pensión Asistencial. El BDH es entregado a los núcleos familiares los cuales se encuentran en la línea de pobreza o por debajo de ésta. En cambio la pensión asistencial es entregada a las personas discapacitadas y a personas de la tercera edad, si en un núcleo familiar existe más de una personas con estas características igual tiene el derecho de recibir esta pensión. Dentro de las condiciones para ser acreedores de la pensión asistencias está: ubicarse bajo cierto puntaje de la línea de pobreza establecido para este programa, es decir; las personas de tercera edad o personas discapacitadas que tienen un puntaje menor o igual 60 es beneficiario. Pero está establecido que para septiembre del 2012 se eliminará cualquier línea de corte de pobreza y cualquier persona con estas características sea beneficiario. El monto del BDH y la pensión asistencial corresponde a 35 dólares.

## **Caracterización población Selben – Registro Social**

Analizamos la población adulta mayor que formaba parte de SELBEN y el cambio que se dio con la nueva metodología del Registro Social. Es decir, la población de personas de la tercera edad dentro del SELBEN bajo la línea de pobreza (50.65 puntos) sumaba un total de 86700 personas. Al momento que se hizo la transición hacia el Registro Social esta

población incrementó a 120378 adultos mayores. Los dos grupos son analizados con el mismo número de personas; es decir, se analiza en base a un conjunto de 193583 personas que coinciden en las dos bases. En el Cuadro 24, se puede identificar las personas que pasaron de ser beneficiarias a no serlo y viceversa. El número de personas que eran beneficiarios en Selben y en Registro Social ya no, son 15146. Un total de 48824 personas no eran beneficiarios en Selben y al cambio del punto de corte pasaron a formar parte de los beneficiarios. Por otro lado, las personas que nunca pertenecieron al grupo de beneficiarios en ninguno de los dos programas suma un total de 58059 personas, y las personas que recibían el bono en Selben y aún lo siguen siendo en Registro Social son 71554.

**Cuadro24:** Población ADM bajo la línea de pobreza SELBEN - REGISTRO SOCIAL

Selben	Registro social			
		0	1	Total
	0	58059	48824	106883
	1	15146	71554	86700
	Total	73205	120378	193583

**Fuente:** MCDS - Registro Social

**Elaboración:** Andrea Ledesma

### Características generales

Como se mencionó anteriormente la población adulta mayor registrada en Selben era de un total de 86700 personas en condiciones de pobreza, las cuales presentan las siguientes características:

- Se concentran de una manera igualitaria entre la región Costa y Sierra, mientras que en la Amazonía es una mínima proporción, 34.28%, 34.23% y 2.86% respectivamente. Dentro de las región Costa las provincias que concentran más personas de la tercera edad bajo la línea de pobreza son Guayas (13.21%) y Manabí (12.25%), esta tendencia es igualmente a nivel nacional. En la Sierra con un 7.89% la provincia de Chimborazo y Loja con un 7.08%. Según área de residencia el 43.85% habita en áreas urbanas mientras que el 56.15% en áreas rurales, dentro de las área rurales se identifican dos tipos rural amanzanada y rural dispersa<sup>7</sup>; la distribución en estas áreas es 7.76% y 48.39% respectivamente.
- El 48.14% de este conjunto de personas son hombres y el 51.86% pertenece al sexo femenino. En cuanto al parentesco con el jefe de hogar, el 94.69% de los hombres de la tercera edad son jefe de hogar, el 2.05% son padres del jefe y el 1.04% suegros del jefe de hogar. En las mujeres el 50.05% son jefe de hogar, el 38.42% son la esposa o conviviente del jefe, el 6.90% son madres y el 2.59% suegra del jefe del hogar. El estado civil de la mayoría de estas personas es casado o casada; pero en las mujeres predomina la viudez ante cualquier otro estado civil (41.34%), el segundo porcentaje relevante en este grupo son las mujeres casadas (31.41%). Para el caso de los hombres la mayoría son casados (48.31%), seguido por vivir en unión

<sup>7</sup> Se define a un área rural amanzanada a una zona donde las viviendas se disponen unas junto de otras, mientras que el área rural dispersa son casas, caseríos y aldeas dispersos por el campo (campos de cultivo, bosques o prados separan unas casas de otras).

libre (18.93%) y en tercer lugar se ubica el grupo de hombres viudos (16.21%). El tema de discapacidad de este conjunto de personas solo puede ser analizado en conjunto, es decir; no se puede especificar el tipo de discapacidad ni el porcentaje de personas que padecen de cierto tipo de incapacidad. Entonces según la encuesta el 4.5% de las personas de la tercera edad tienen alguna limitación permanente en el funcionamiento de los órganos sensoriales, locomotores y mentales.

Para el año 2011 en el Registro Social, la población adulta mayor en condiciones de pobreza sumaba un total de 120378 personas. Las características de estas personas son las siguientes:

- Actualmente la región que concentra más adultos mayores en condición de pobreza es la región Sierra con un 51.82%, seguido por la Costa y Amazonía (43.55% y 4.08% respectivamente). Pero las provincias que aún mantienen el mayor número de personas de la tercera edad son Guayas y Manabí (15.63% y 15.96%). En la Sierra Loja, Pichincha y Chimborazo (7.65%, 7.41% y 7.16% respectivamente) son las provincias que mayores porcentajes de adultos mayores presentan, pero estos valores no son comparables con las provincias de la Costa antes mencionadas.
- Al cambiar la línea de corte de pobreza en cuanto al puntaje entre Selben y Registro Social se dieron ciertos cambios en la composición de esta proporción de la población. Los hombres de la tercera edad conforman el 47.61% y las mujeres el 52.39%. La mayoría de los hombres son jefes de su hogar (87.25%), el 5.10% son padres, el 2.35% son suegros y el 1.62% son esposos de la jefa del hogar. En las mujeres la mayoría también son jefas de hogar (45.95%), seguido por el 33.92% de mujeres que son esposas, el 11.68% son madres del jefe de hogar y el 4.33% suegras del jefe. El estado civil de la mayoría de los adultos mayores dentro del Registro Social es casado o casada (37.64%), la viudez es un estado relevante dentro de este grupo, siendo el 34.94% del total de los adultos mayores. La diferencia entre hombres y mujeres está en que la mayoría de los hombres son casados (47.04%), mientras la mayoría de las mujeres son viudas (47.10%). En cuanto al siguiente estado relevante se da una inversa del primero, es decir; para los hombres el estado civil con mayor personas es la viudez (21.56%), y para las mujeres es estar casada (29.10%). Al igual que en el cuestionario de Selben, en el cuestionario del RS tampoco se pregunta que tipo de discapacidad padece sino hace referencia a todos los tipos de discapacidad que una persona puede tener. El 20.51% de los adultos mayores del RS tienen alguna discapacidad permanente como: ceguera, parálisis, amputaciones, sordera, sordomudo, retardo mental, locura, entre otras. La mayoría de estas personas se autoidentificaron como mestizos (65%), seguido por la etnia indígena y montubio (16.64% y 11.47%).

### **Condiciones de vida**

Se considera a las condiciones de vida como modos en que las personas desarrollan su existencia, en la mayoría de las ocasiones de una manera individual. Además tiene una estrecha relación con los acontecimientos históricos, políticos y económicos por los cuales las personas han pasado y les ha tocado vivir.

Las condiciones de vida de las personas y de las sociedades en su conjunto varían con el tiempo, debido a las políticas sociales que va tomando lugar dentro de un estado benefactor, de este modo éstas políticas pueden mejorar las condiciones de vida de la población.

Se pueden utilizar varios elementos para analizar las condiciones de vida de las personas, entre éstos se encuentran: nivel educacional de la población, tipos de vivienda, seguridad social, entre otros.

Para medir el tipo de vivienda o la calidad de la vivienda se analizan los materiales de construcción utilizados en pisos, paredes y techo. El siguiente análisis está basado en los criterios para el cálculo de la pobreza por necesidad básicas insatisfechas (NBI), es decir; la vivienda tiene características físicas inadecuadas como paredes exteriores de lata, cartón, estera o caña, plástico u otros materiales de desecho o precario. Además una vivienda con piso de tierra se considera una característica inadecuada. En cuanto a los servicios de la vivienda se analiza la disponibilidad de agua para el hogar (fuente de abastecimiento de agua en la vivienda) y también el servicio higiénico (eliminación de excretas) con el que cuenta el hogar.

De estas variables mencionadas solo dos pueden ser analizadas para la población de Selben puesto que en el formulario de la encuesta de caracterización socioeconómica, éstas son sobre el material predominante del piso y acerca del servicio higiénico con el que cuenta el hogar. A diferencia de la encuesta de Selben, la encuesta del Registro Social toma en cuenta todas las variables que se utilizan para el cálculo de la pobreza por NBI.

El 60.98% de las viviendas de las personas encuestadas en el programa Selben declaraban buenas condiciones del material del piso de su vivienda; mientras el 39% de las viviendas se encontraban con pisos en malas condiciones. Para el servicio higiénico se obtuvo que 11.89% de las viviendas tenían un servicio higiénico adecuado (excusado y alcantarillado o excusado y pozo séptico), mientras el resto está considerado como inadecuado.

Para las personas de la tercera edad en el Registro Social el 72% declaró condiciones del piso consideradas como buenas, mientras el 28% de las viviendas presentaban características inadecuadas para el alojamiento humano. En cuanto a las paredes de la vivienda el 78.52% están construidas con materiales considerados adecuados, y las paredes del 21.49% de las viviendas están en condiciones inadecuadas. El servicio higiénico del 39.92% de las viviendas es adecuado para el hogar, y el 60.08% de las viviendas tienen un servicio considerado como malo (pozo ciego, letrina u otro). El 64.44% de las viviendas obtiene el agua de fuentes como red pública u otra fuente que sea por tubería, y el 35.56% la obtiene de fuentes como: pileta o llave pública, carro repartidor, pozo, río o agua de lluvia; las cuales son inadecuadas para el consumo humano.

La mitad de la población registrada en Selben no tiene ningún nivel de estudios, 55.62%; y Registro Social el 50.04% no tiene algún tipo de estudios. Una segunda proporción de adultos mayores han llegado tan sólo a estudiar la primaria (42.93% Selben); esto en años de estudio equivale en promedio a 5 años pero tan solo en aquellas personas que han estudiado la primaria, el promedio general de Selben es aproximadamente un año de estudio. En cambio la mitad de la población registrada en Registro Social ha estudiado hasta la primaria (46.59%), lo que equivale a 5 años de estudio en promedio de esta población.



Con respecto al tema de seguridad social el 88.96% de los adultos mayores dentro del Selben no estaba afiliado o cubierto por algún tipo de seguro. En Registro Social corresponde al 81.67% del total de los adultos mayores por debajo de la línea de pobreza. Al tipo de seguro que tiene acceso la mayoría de las personas que acceden a uno es al seguro campesino del IESS, para las personas de la tercera edad de Selben sólo el 10.28% está cubierto por este seguro y del Registro social el 15.96% de adultos mayores. Ver Cuadro 25:

**Cuadro 25: Población de Selben y Registro Social cubierta por algún tipo de seguro social.**

<b>Seguro Social</b>	<b>Selben</b>	<b>Registro Social</b>
IESS, seguro general	0.68%	0.95%
IESS, seguro campesino	10.28%	15.96%
Seguro ISSFA o ISSPOL	0.04%	0.06%
Seguro privado	0.00%	0.04%
Seguro comunitario	0.03%	0.02%
Ninguno	88.96%	81.67%

**Fuente:** MCDS-Selben-RS

**Elaboración:** Andrea Ledesma

Aproximadamente el 75.81% de los adultos mayores dentro de Selben son perceptores de algún tipo de ingreso, estos ingresos pueden ser por trabajo, alquileres o interés, pensiones, regalos o becas. En cambio para las personas de Registro Social se puede saber que tipo de ingreso reciben pero no el monto que reciben, el 33% del total de estos adultos mayores aún son perceptores de un ingreso por trabajo; un 1.18% reciben un pago por alquiler; el 3.58% recibe alguna clase de pensión y un 44.71% es perceptor de algún otro tipo de ingreso como ayudas de familiares dentro del país u ONG's.

## **Bono de Desarrollo Humano – Pensiones Asistenciales**

El llamado ahora Bono de Desarrollo Humano (BDH) ha atravesado por una serie de fases a partir de 1998, estos cambios se dieron tanto en su nombre como en el monto entregado, así como también en su objetivo y focalización. Este bono surgió como un subsidio a las familias más pobres del país. En el año 2000 se crea el Programa de Protección Social (PPS) el cuál estaría a cargo de administrar el bono y todo tipo de transferencias monetarias a las familias en condiciones de pobreza. En esa época el bono era otorgado a madres de familia, personas mayores de 65 años y discapacitados cuyos ingresos no superaban los USD 40 mensuales; se repartía de la siguiente manera: a las madres USD 15, discapacitados y adultos mayores USD 7. Beneficiando a un total de 1'335.048 personas, de las cuales 249.585 eran adultos mayores y 7923 personas con discapacidad.

Fue en el 2003 cuando se dio el cambio conceptual del Bono Solidario, pasando a ser Bono de Desarrollo Humano. Las condiciones para ser beneficiario cambiaron a las siguientes: familias con niños menores de 6 años deben realizarse controles de salud 2 veces al año y familias con niños entre 6 y 15 años deben estar matriculados con una asistencia mínima del 90% a clases. El total de beneficiarios se redujo en un 3.88%, pasado a ser 1'283.523

personas, de las cuales 226.880 eran adultos mayores, 8883 personas con discapacidad y el resto familias condiciones de pobreza.

Por último en el 2007 el BDH tuvo un incremento a 30 dólares mensuales y además se creó el Crédito de Desarrollo Humano (CDH) el cual permitía obtener un adelanto hasta de 2 años del BDH, es decir; la personas que accedían a este crédito dejaban de recibir mensualmente el BDH ya que se les estaba adelantando por los 24 meses del bono. En julio del 2009 el monto entregado pasó de 30 dólares a 35 dólares, y también se dio una distinción en nombre según tipo de ayuda; el BHD era la transferencia que la recibe la madre de familia de un familia en condiciones de pobreza, la ayuda para las adultos mayores y personas con discapacidad ahora se la llama pensión asistencial y es el mismo monto que el BDH. Se puede decir que la diferencia entre el BDH y una pensión es que el bono es una transferencia mensual condicionada que reciben los hogares en condiciones de vulnerabilidad para proteger su consumo de corto plazo y de cierta manera evitar la transmisión intergeneracional de la pobreza a largo plazo (MIES, 2010). Por otro lado la pensión asistencial para adultos mayores y personas con discapacidad son transferencias monetarias mensuales no condicionadas. A diciembre del 2011 el total de beneficiarios fue de 1'854.054 personas, de las cuales 536.185 eran adultos mayores y 106.313 personas con discapacidad; el restante 1'211.556 eras madres beneficiarias del BDH. *Ver Cuadro 26.* La evolución a través de los años desde el 2000 a mayo del 2012 se puede observar en el *Gráfico 8*.

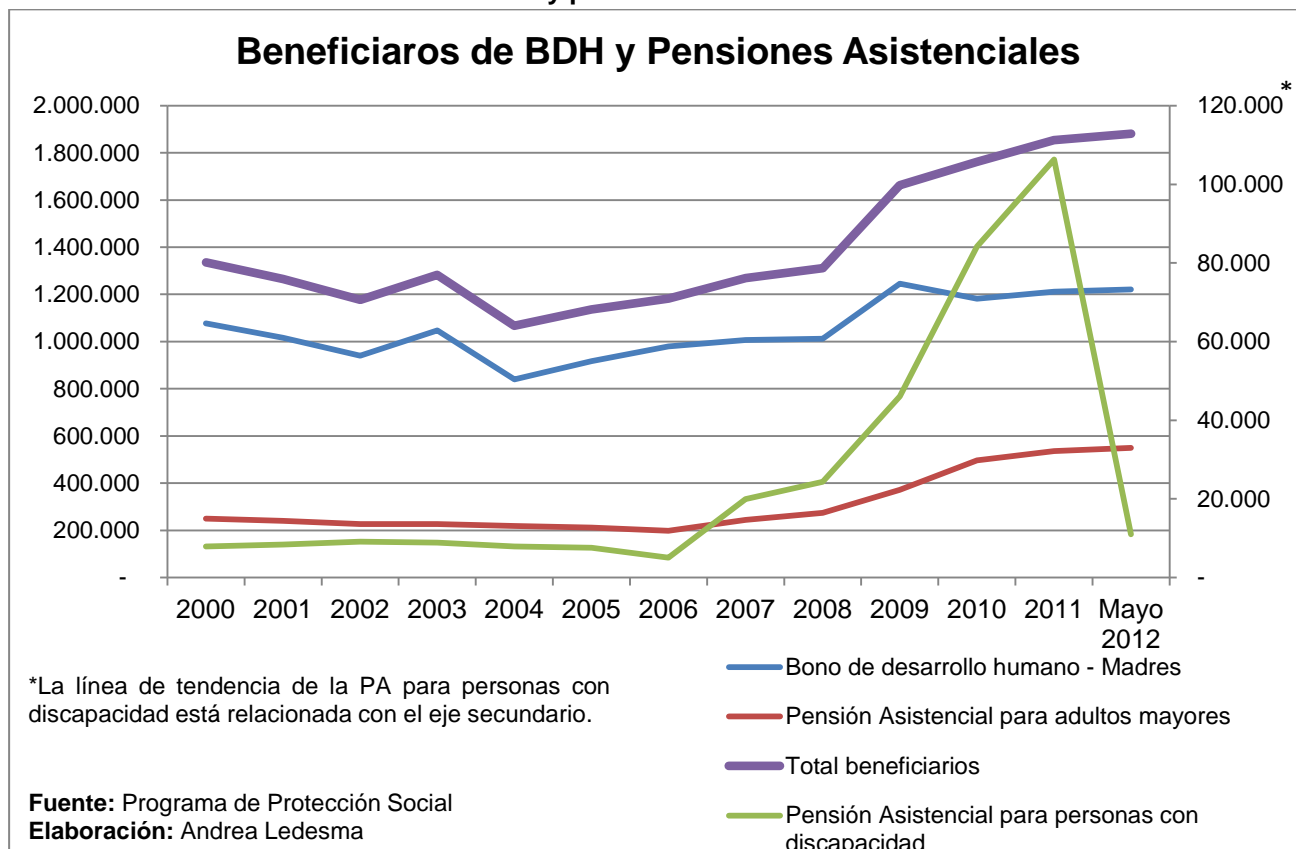
**Cuadro 26: EVOLUCIÓN DE BENEFICIARIOS DEL BDH Y PENSIONES ASISTENCIALES**

<b>Año</b>	<b>Fase Beneficio</b>	<b>Bono de desarrollo humano - Madres</b>	<b>Pensión Asistencial para adultos mayores</b>	<b>Pensión Asistencia para personas con discapacidad</b>	<b>Total beneficiarios</b>
2000	1998-2002 Bono Solidario	1'077.540	249.585	7.923	1'335.048
2001		1'015.996	240.076	8.389	1'264.461
2002		940.767	226.681	9.075	1'176.523
2003	Cambia a Bono de Desarrollo Humano	1'047.499	226.880	8.883	1'283.262
2004		840.305	218.292	7.870	1'066.467
2005		917.037	21.1940	7.596	1'136.573
2006		979.008	198.056	5.039	1'182.103
2007	BDH -CDH	1'005.967	243.852	19.923	1'269.742
2008		1'011.955	274.522	24.373	1'310.850
2009	BDH-PA	1'244.882	371.261	46.072	1'662.215
2010		1'181.058	496.899	84.161	1'762.118
2011		1'211.556	536.185	106.313	1'854.054
Mayo 2012		1'220.730	549.715	109.950	1'880.395

**Fuente:** Programa de Protección Social

**Elaboración:** MCDS - SIISE

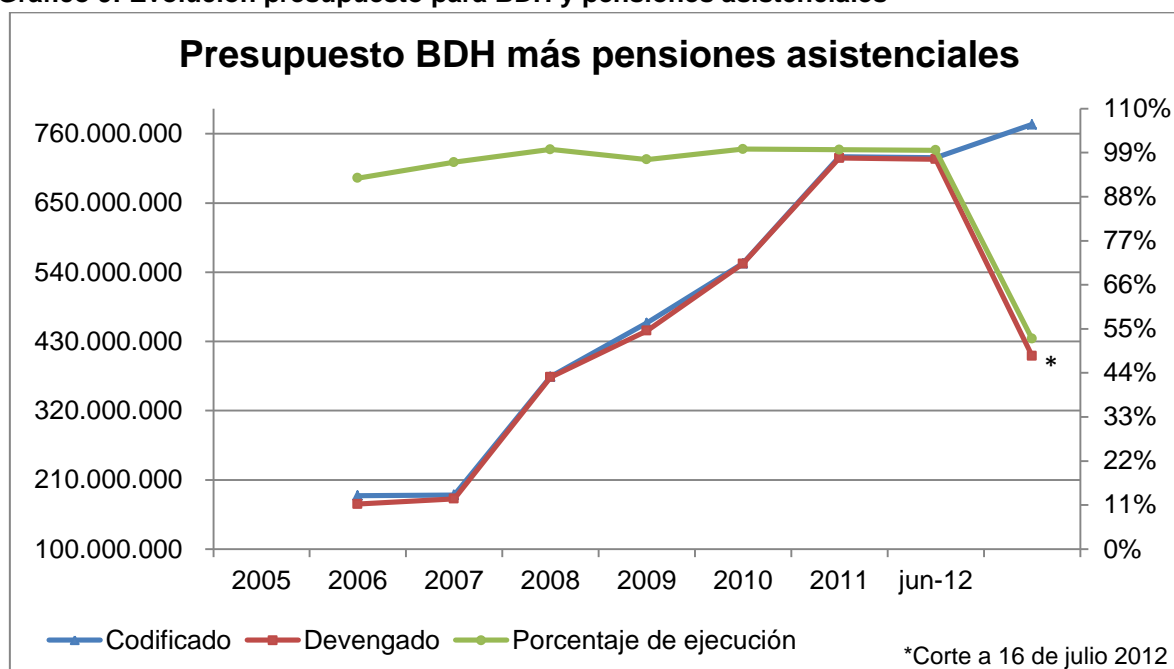
**Gráfico 8: Evolución de beneficiarios BDH y pensiones asistenciales**



El presupuesto destinado a este tipo de transferencias monetarias ha ido incrementando año tras año, dándose a partir de 2006 elevados incrementos; el gasto devengado<sup>8</sup> total del 2006 al 2007 tuvo un incremento de 107%. Durante los otros años ha seguido en aumento pero moderadamente hasta el paso del 2010 al 2011 donde cayó 0,27%. El porcentaje de ejecución de todos los años supera los noventa puntos porcentuales. Ver Gráfico 9. Esto es en respuesta de la serie de intenciones por aumentar cada vez más el número de beneficiarios tanto del BDH como de las pensiones asistenciales. En el gráfico anterior se observó el creciente número de beneficiarios en estos dos programas.

<sup>8</sup> Valor que corresponde al total de gasto al final de cada año.

**Gráfico 9: Evolución presupuesto para BDH y pensiones asistenciales**



**Fuente:** SIGEF

**Elaboración:** Andrea Ledesma

## Análisis

La hipótesis planteada para este estudio es que los grupos objeto de análisis son comparables en características observables, en otras palabras se plantea que los grupos son similares. Para la comprobación de esta hipótesis se procederá al desarrollo de una técnica dentro de un modelo.

En este caso los grupos a ser estudiados y comparados son aquellos que se encuentran alrededor del punto de corte que determina quienes se encuentran en condiciones de pobreza moderada; es decir, un grupo por encima de este punto y el otro grupo por debajo.

Se han escogido 20 variables las cuales serán analizadas entre los dos grupos. El grupo de tratamiento son personas que se encuentran en el segundo quintil pero debajo del punto de corte (punto de corte 36.60, grupo de tratamiento 35.60), y el grupo de control son personas que se encuentran por encima del punto de corte del segundo quintil (37.60 puntos); al restringir a la muestra a observaciones de no más de un punto de distancia del punto de corte obtenemos que los grupos sean más similares en la mayoría de variables (Ponce, 2010). Al analizar ciertas variables se puede observar las diferencias que existen entre los dos grupos, el análisis se da a partir de características observables de los grupos. En el *Cuadro 27* se detalla las variables a ser analizadas con sus respectivas medias, la diferencia de éstas (medias de los dos grupos) y la t de student; se han escogido características del hogar/vivienda/jefe de hogar, los bienes del hogar o también acerca de algún tipo de ingreso como remesas o créditos. El método “diferencia de medias” es el más común dentro de este diseño, este consiste en la diferencia de las medias de las variables escogidas para la evaluación.

**Cuadro 27: Prueba de medias entre grupos de tratamiento y control**

Variables	Tratamiento	Control	Diferencia (control – tratamiento)	T
Tipo de vivienda: choza, covacha, rancho u otros	0,300	0,287	-0,013	-1,399
Material del techo: palma, paja, hoja u otro	0,014	0,016	0,002	0,787
Material del piso: tierra u otro material	0,056	0,044	-0,011	-2,455
Material de la pared: bahareque, caña u otro	0,074	0,069	-0,005	-0,921
Tiene vivienda propia	0,034	0,033	-0,001	-0,316
Obtiene el agua por red pública	0,692	0,700	0,008	0,799
Escolaridad	3,682	3,713	0,031	0,586
Activos	3,901	4,120	0,220	3,103
Botan la basura en la calle/quebrada/río/lote, la queman, la entierra, reciclan, contratan el servicio	0,273	0,243	-0,030	-3,260
Beben el agua sin darle ningún tratamiento	0,390	0,370	-0,020	-1,970
El suministro de agua de la vivienda está ubicado fuera de la vivienda	0,714	0,668	-0,047	-4,869
Alumbrado del hogar: vela/candil/mechero/gas o ninguno	0,003	0,003	0,000	0,230
Cocina con otro tipo de combustible o no cocina	0,026	0,035	0,009	2,439
No usa gas para el calefón	0,993	0,993	0,000	0,058
La ducha comparte con otros hogares o no tiene	0,478	0,460	-0,018	-1,733
Recibe remesas	0,041	0,035	-0,005	-1,370
Recibió algún tipo de crédito	0,042	0,051	0,009	2,055
Tiene animales de crianza	0,437	0,418	-0,019	-1,856
Usó el crédito en enfermedad	0,007	0,007	0,000	0,192
Tiene tierras propias	0,251	0,232	-0,019	-2,121

**Fuente:** MCDS - Registro Social**Elaboración:** Andrea Ledesma

Dentro de las variables escogidas son 6 las cuales presentan diferencias significativas entre las medias de los dos grupos; estas son: material del piso, el índice de activos del hogar, la eliminación de la basura, suministro de agua, cocina con otro tipo de combustible o no cocina, adquisición de crédito, tenencia de tierras propias.

- El 44% de las personas en el grupo de control reside en viviendas con materiales del piso considerados como no adecuados (tierra u otro material) para el alojamiento humano, mientras que en el grupo de tratamiento el 56% se aloja en viviendas con esas características.
- En el índice de activos donde se han agrupado bienes como: televisión, refrigeradora, celular, dvd, teléfono, microondas, vehículo, cocina, lavadora, computadora, licuadora, plancha; así como también servicios de internet y cable para la televisión. Este índice representa una media del puntaje obtenido por los hogares según la tenencia de los bienes mencionados; entonces, el grupo de tratamiento tiene un puntaje promedio de 3.90 y el grupo de control 4.12 puntos.
- El 27.3% de los hogares del grupo de tratamiento eliminan su basura por medios diferentes al servicio municipal (la botan a espacios públicos, queman, entierran,

reciclan, entre otros). En el grupo de control el 24.3% de los hogares eliminan la basura de maneras como las antes mencionadas.

- El suministro de agua del 71.4% de los hogares dentro del grupo de tratamiento se encuentra fuera de la vivienda (dentro del lote o fuera del lote). Para el grupo de control, el 66.8% de los hogares tiene el suministro de agua fuera de la vivienda.
- Se ha considera al gas, leña/carbón o electricidad como combustibles aptos para cocinar en una vivienda. El 2.6% de los hogares en el grupo de tratamiento cocina con combustibles diferentes a los considerados como aptos, y en el grupo de control el 3.5% de los hogares.
- El 4.2% de los hogares en el grupo de tratamiento recibió algún préstamo o crédito, en el grupo de control esta variable representa el 5.1% de los hogares.
- En cuanto a tierras para el uso agropecuario, el 25.1% de los hogares del grupo de tratamiento posee tierras propias; mientras que en el grupo de control el 23.2% de los hogares.

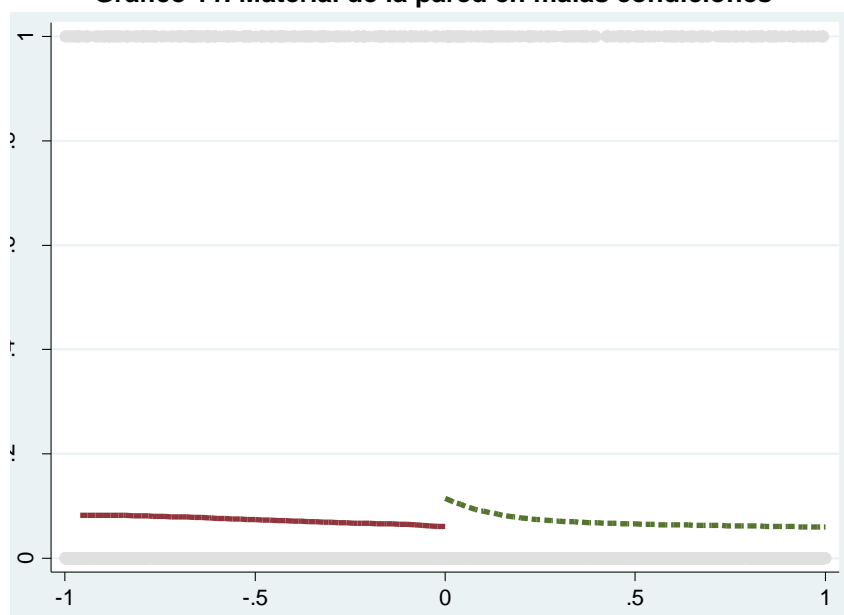
Por otro lado, son 14 variables en las cuales estos dos grupos son similares, sus medias no presentan alguna diferencia significativa, lo que permite verificar la comprobación de la hipótesis planteada. Tanto el grupo de control como el grupo de tratamiento son comparables en características observables.

Una vez comprobado la similitud entre los dos grupos se medirá el impacto de las transferencias monetarias hacia los adultos mayores, se intenta comprobar el efecto que tiene el BDH en el grupo de tratamiento, es decir; se comprobaran las variables escogidas, de las cuales la mayoría son determinantes de las condiciones de vida de las personas. La herramienta que permitirá este tipo de evaluación es la regresión discontinua (RD). Un adulto mayor se convierte en beneficiario cuando el puntaje adquirido en el índice de bienestar es menor o igual 63 puntos. Pero para el siguiente análisis se han escogido a aquellos adultos mayores que se encuentran en condiciones de pobreza moderada, y el puntaje de referencia será aquel con el que las familias pasan a ser beneficiarios del BDH.

El conjunto de personas analizado es un total de 9171 personas de la tercera edad. La regresión discontinua aprovecha la existencia de una regla que excluya cierto grupo de la administración de algún programa para así construir un grupo de control.

De las 20 variables que se escogieron, son 3 las que presentan diferencia significativa con respecto a la probabilidad de ser beneficiario o no serlo. Para un mayor entendimiento se puede observar los gráficos de dichas variables, los cuales corresponden a los *Gráficos 11, 12 y 13*. Los resultados del modelo para todas las variables se encuentran en el *Cuadro 28 del Anexo 3*.

**Gráfico 11. Material de la pared en malas condiciones**

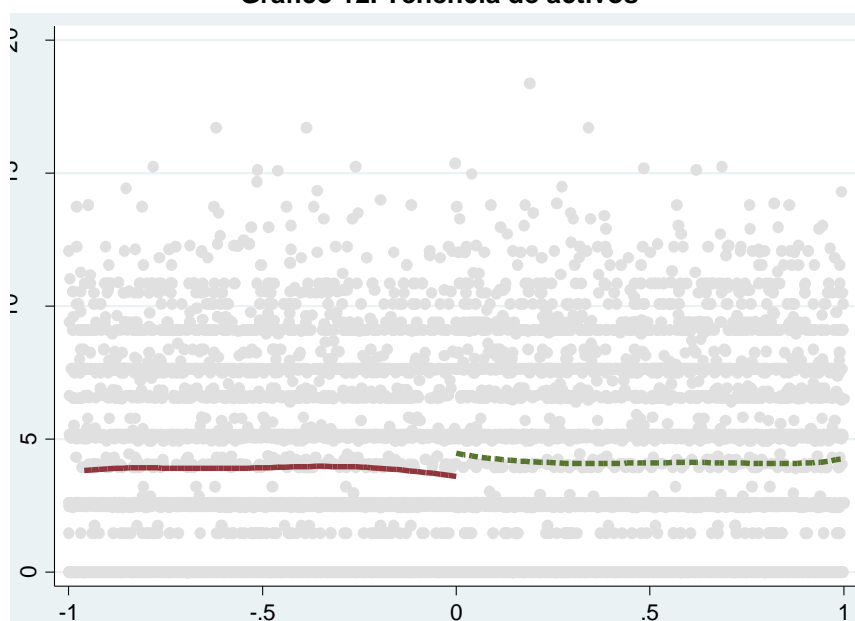


**Fuente:** Registro Social

**Elaboración:** Andrea Ledesma

El hecho de vivir en una vivienda con paredes en malas condiciones no afecta fuertemente la probabilidad de ser beneficiario o no serlo; pero sin embargo en el gráfico es notoria la diferencia entre los dos grupos.

**Gráfico 12. Tenencia de activos**



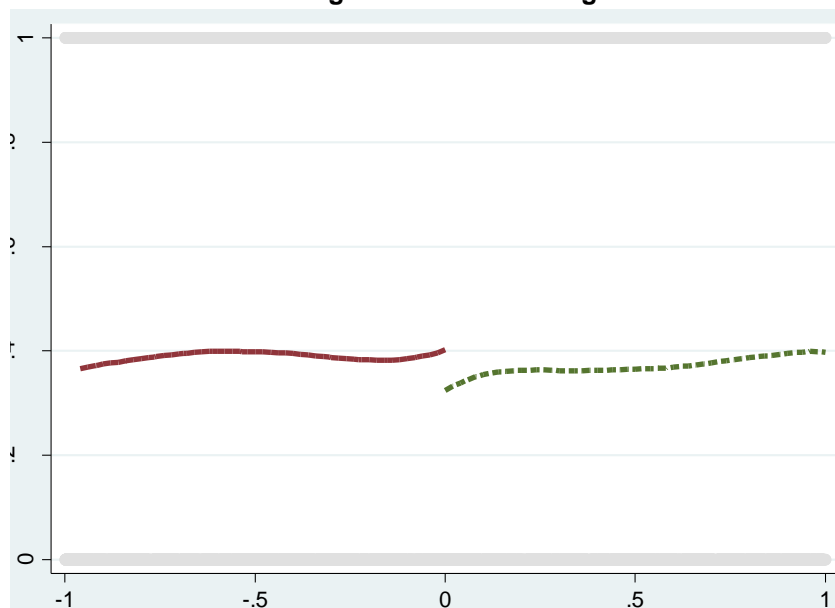
**Fuente:** Registro Social

**Elaboración:** Andrea Ledesma

La variable de activos representa un conjunto de bienes que el hogar puede tener, como se mencionó antes cada bien tiene su puntaje para el índice de bienestar, el no poseer muchos o ningún bien esto hace que el índice de bienestar sea menor y las personas se ubiquen en

el punto de corte de pobreza moderada o por debajo de éste. El índice de los activos al ser alto la probabilidad de ser beneficiario es baja.

**Gráfico 13. No le dan ningún tratamiento al agua antes de beberla**



**Fuente:** Registro Social

**Elaboración:** Andrea Ledesma

La variable que presenta una elevada probabilidad de ser beneficiario es el tratamiento que le dan las personas al agua antes de beberla, esta pregunta en el formulario tiene 5 opciones dentro de las cuales sólo se ha escogido “ninguno, tal como la obtienen”; es decir, esta variable está conformada únicamente por esta condición la cual es considerada no adecuada para el consumo humano. Entonces que las personas que consuman sin darle tratamiento al agua tienen mayores posibilidades de ser beneficiarios.

El BDH y las pensiones asistenciales son un instrumento de política de protección social, la cual está direccionada a amparar a los más débiles y para satisfacer las necesidades sociales. Muchas veces este tipo de programas está contemplado como mecanismo para aliviar la pobreza o como mecanismo que mitigue costos de crisis económicas y de desastres naturales. Por ejemplo, en los años de la crisis de 1999-2000, el bono solidario se constituyó en una herramienta importante de compensación a la población ante la pérdida de poder adquisitivo de su ingreso y por las altas tasas de desempleo de esa época.

Dado que los adultos mayores son considerados vulnerables ante diferentes circunstancias de la vida cotidiana, son personas las cuales sus capacidades físicas se van debilitando, cada vez las fuentes para conseguir un empleo o una fuente de ingreso se van volviendo escasas. Es por eso que un grupo de focalización de la política de protección social en el Ecuador está direccionado para este grupo de personas. El monto recibido por las personas de la tercera edad está calificado como una asistencia social o pensión jubilar para todas aquellas personas quienes no se encuentren recibiendo una pensión asistencial de instituciones como IESS, ISSPOL o ISSFA; como mecanismo por alcanzar una universalización de protección social en cuanto a la jubilación, se intenta asegurar de cierta forma un ingreso mínimo a todas estas personas quienes no acceden a otro tipo de pensión.



La jubilación universal está estipulada en la Constitución del Ecuador, artículo 37 en el numeral 3.

*“El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:*

- 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.*
- 2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.*
- 3. La jubilación universal.*
- 4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.*
- 5. Exenciones en el régimen tributario.*
- 6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.*
- 7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.” (Constitución del Ecuador, 2008).*

De las 3 variables mencionadas anteriormente, una pensión asistencial o bono no contribuye a mejorar las condiciones físicas de la vivienda o a que las personas puedan adquirir nuevos bienes o servicios para el hogar, pero si contribuye a que las personas consuman agua de mejor calidad o al menos que le den diferente tratamiento. Se puede decir que el destino que las personas le dan al dinero recibido es para consumir en bienes y servicios básicos, no se puede decir de una manera amplia que está destinado a satisfacer las necesidades básicas ya que este es un conjunto de componentes que van más allá de recibir una transferencia monetaria. Este tipo de asistencia social no mejora las condiciones de vida de las personas de la tercera, dicho de una manera es una contribución al consumo, al acceso de alimentos o vestimenta, nada más allá de bienes estrictamente necesarios.

La pensión asistencial destinada a los adultos mayores tiene como objetivo la protección al consumo de estas personas, al ser este un instrumento de política de protección social debe estar acompañado de más instrumentos que ayuden a alcanzar los objetivos de la política en general. Las personas de la tercera edad están consideradas como grupos vulnerables, los cuales tienden a aumentar, uno de los fines de una política social es construir entornos favorables para las personas que van entrando a la etapa de la vejez y para aquellos que ya forman parte; y de esta manera crear una sociedad inclusiva e integradora para todos aquellos grupos vulnerables.

Sólo aproximadamente el un tercio de población de adultos mayores del Ecuador está cubierta por algún tipo de seguridad social, ya sea público o privado. Esto refleja con los resultados obtenidos que 1 de 4 adultos mayores vive en condiciones buenas o muy buenas, más de 4 de cada 10 adultos mayores en condiciones regulares y más de 3 de cada 10 en condiciones malas o de indigencia. Es por eso que el estado debe buscar políticas las cuales conlleven a un sistema universalizado de protección social, está claro que esto se debe llegar paso a paso y como punto principal deberían estar focalizados los segmentos de la población marginados para brindarles mejores condiciones de vida. Así con esto conseguir los propósitos de un estado de bienestar. La intención del Estado es que los beneficiarios de pensiones asistenciales sigan en aumento; es decir, que sea un beneficio progresivo en cuanto a los beneficiarios, tal y como se establece en la Constitución del Ecuador. Con el estudio realizado se obtuvo que una proporción de adultos mayores residen

en viviendas las cuales sus materiales no son adecuados, al no ser adecuado alguno de los materiales como piso, techo o pared la persona es pobre por necesidades básicas insatisfechas. Al ser uno de los problemas las condiciones de la vivienda es necesario que además de una transferencia monetaria, existan programas de vivienda los cuales contribuyan a que los adultos mayores accedan a mejores servicios y vivan en mejores condiciones, al brindarles una vivienda digna a las personas esto ayuda a que las personas obtengan agua de red pública y no de fuentes no aptas para el consumo, así también contribuiría a obtener un mejor servicio higiénico (red de alcantarillado o pozo séptico).

## Propuesta

La protección es una de las múltiples políticas sociales existentes y requiere de otras para su funcionamiento y la superación sustentable de la pobreza. Es necesario que una política de protección social siempre esté acompañada de políticas de promoción de social, puesto que la protección social tiene como objetivo contener el deterioro progresivo de las condiciones de vida producto de distintos riesgos o eventos críticos. Además, cautelar el acceso de las personas a instrumentos, servicios y políticas que les permita superar las diferentes adversidades. Y la promoción social: su objetivo es proveer los instrumentos, servicios y políticas. (Robles, 2009).

Un punto clave que debe tenerse en cuenta dentro de la protección social y seguridad social es el enfoque de los derechos de las personas, en el que deben cumplirse cuatro principios: igualdad y no discriminación, participación y empoderamiento, rendición de cuentas y transparencia. En este sentido la titularidad de los derechos se convierte en una garantía para los ciudadanos. Al tomar en cuenta el enfoque de derechos dentro de la protección social apunta a la inclusión de toda la ciudadanía y que esté disponible para todas personas que la requiera. Pero para alcanzar de cierta forma la universalización de la protección social se debe ir construyendo pisos de protección mínimos; es decir, puede empezarse por grupos los cuales requieran de atención a corto y largo plazo, siempre y cuando sin descuidar al resto de la población.

Desde mi punto de vista, los adultos mayores es un grupo de personas vulnerables a diferentes riesgos estructurales y coyunturales<sup>9</sup>, que además ya no cuentan con la misma capacidad de respuesta hacia estos riesgos. Son personas las cuales no poseen las mismas oportunidades y es cada vez más difícil reinserirse al mercado laboral formal para tener los beneficios como las pensiones que brinda la seguridad social; es más, muchos adultos mayores nunca estuvieron dentro del mercado laboral o afiliados a la seguridad social, por ende no reciben alguna clase de pensión por vejez o jubilación. Es por eso que el Gobierno con el fin de proteger a diferentes grupos vulnerables posee un programa de transferencias entregadas en forma de pensión, esto dentro de la protección social se conoce como asistencia social.

El monto entregado dentro del programa de asistencia social (pensiones asistenciales), cumple tan solo con brindar el derecho de tener un nivel básico de consumo. Y no contribuye a acceder a un nivel adecuado de vida en las dimensiones de vivienda y el

---

<sup>9</sup> Dentro de los riesgos estructurales se pueden identificar: demográficos, sociales y del mercado de trabajo. Y dentro de los riesgos coyunturales: crisis económica, crisis ambiental o climática, crisis humanitaria y eventos familiares o individuales críticos.

mejoramiento continuo de las condiciones de vida, esto se sustenta con los resultados obtenidos en el análisis del impacto de estas transferencias en las condiciones de vida de los adultos mayores.

Existen grupos de personas vulnerables que necesitan de asistencia inmediata, en este caso los adultos mayores ya no están en condiciones de salir adelante mediante sus propios medios y más aún aquellos adultos mayores que se encuentran en condiciones de pobreza y extrema pobreza o que son vulnerables a caer en esta. Se debe dar una fusión de algunas políticas que permitan cumplir a estas personas el ejercicio de sus derechos.

Si el redistribuir estas pensiones dando más a quienes más necesitan no es factible, brindar a estas personas activos por ejemplo vivienda segura, esto no necesariamente quiere decir asignar una casa o departamento a cada una de estas personas. Pero una opción puede ser la creación de albergues o asilos donde estas personas puedan ser atendidas, tener acceso a los servicios básicos y tener un lugar adecuado donde puedan vivir; de esta manera se está contribuyendo a mejorar las condiciones de vida de las personas, colaborando a mantener una vida activa y saludable.

## Conclusiones

- Es necesario el fortalecimiento de las políticas destinadas al cuidado y protección de los grupos vulnerables del país, en especial de aquellas personas que están entrando a la etapa de la vejez y de quienes ya se encuentran en ella; esto debido a que es una población que con el pasar del tiempo seguirá en aumento y demandarán mayores cuidados y más necesidades. Al enfrentar este fenómeno que no puede ser controlado, se hará frente a problemas que afectan a la sociedad como son la pobreza y la desigualdad, a los cuales estos grupos son altamente propensos a caer.
- Durante los últimos años el esfuerzo del Estado y las instituciones públicas ha sido relevante en cuanto brindar programas de atención de salud, cuidados y protección hacia los adultos mayores, además se han implementado programas de recreación para estas personas. Es indispensable el uso de diferentes instrumentos los cuales permitan llegar a zonas donde la falta de información hace que adultos mayores no sean beneficiarios de los diferentes programas dirigidos a ellos, de esta manera complementaria con el propósito de la protección social que es mitigar la pobreza y alcanzar una protección universal.
- El estado de bienestar está destinado a servir a los propósitos de eficiencia y equidad. El principal objetivo de equidad es reducir la pobreza y proveer una distribución más equitativa de recursos. Por otro lado los principales objetivos de eficiencia son: proveer seguro contra varios riesgos que los seguros privados no cubren de una manera adecuada, especialmente seguros contra desempleo, enfermedad y discapacidad; y proveer de servicios sociales para corregir las ineficiencias del mercado, como las áreas de salud, vivienda, educación, capacitación, búsqueda de empleo y pensiones.
- El impacto del envejecimiento en el estado de bienestar es una función de cuán profundo el estado está involucrado en las áreas de provisión para la tercera edad, provisión o financiamiento de servicio de salud y cuidado a largo plazo, así mismo en el campo del cuidado de los niños, educación, y apoyo financiero para las familias.
- El Estado debe establecerse como un garante frente a los desafíos por extender la protección social a todos quienes históricamente se han mantenido excluidos de su cobertura (esto incluye a los grupos vulnerables como los adultos mayores) y además estándares mínimos de protección para la ciudadanía en su conjunto. Es necesario que el Estado sea activo en el diseño, implementación y regulación de estrategias relacionadas con la protección social, para ser capaz de brindar inclusión no solamente a personas en condiciones de pobreza sino también para quienes viven sobre la línea de pobreza e indigencia pero que son altamente vulnerables a caer bajo éstas.
- Las transferencias focalizadas son una importante herramienta para proteger a todas las personas que se encuentran en condiciones vulnerables y poseen capacidad limitada de ahorro (adultos mayores y discapacitados) y a los pobres por necesidades básicas insatisfechas, esto a través de programas como: garantías de

pensión mínima, seguro de salud subsidiado, programas de asistencia social o programas para asegurar un ingreso mínimo.

## ***Recomendaciones***

- Para lograr una protección globalizada es necesario que el Estado genere respuestas ante sucesos coyunturales, dado que existen un sin número de eventos los cuales pueden afectar a las condiciones de vida de las personas, en especial de aquellas personas que son más vulnerables y viven en situación de pobreza. Y así de esta manera la protección social conforma una serie de estrategias para reducir la pobreza y las demás metas en el ámbito social.
- El Estado debe ser responsable de velar el conjunto de derechos que abarca la protección social, convirtiéndose en garante y cumpliendo el rol de ser subsidiario, proveedor y regulador de las diferentes políticas y programas dirigidos a los distintos grupos de la población ecuatoriana.
- Es necesario la combinación de varias políticas para obtener una universalización en cuanto a la protección social, especialmente a las pensiones asistenciales dirigidas a los adultos mayores. Existen programas los cuales han dejado de funcionar y los cuales jugaban un papel importante para diferentes grupos poblacionales, en este caso tenemos Aliméntate Ecuador, este programa cumplía la función de entregar un alimento fortificado en sobres cuyo contenido contribuía a mejorar y mantener el estado nutricional de la población adulta mayor, con un alcance a nivel nacional. Un programa que vele por mantener sanas y saludables a las personas de la tercera edad, es una herramienta indispensable como protección y cuidado hacia estas personas y la cual se debería retomar con el fin de brindar bienestar y mejor salud a estas personas.

## Referencia bibliográfica

- Aedo Cristian, (2005). **Evaluación del Impacto**. Santiago de Chile, CEPAL.
- Ahmad Ehtisham, (1995). **Social security and the poor, choices for developing countries**. Banco Mundial.
- Aldo Isuani Ernesto y Nieto Daniel, (2010). **La cuestión social y el estado de bienestar en el mundo post-keynesiano**. Universidad pública a la sociedad Argentina.
- Asero Gemma y Mossuti Giuseppe, (2012). **Population and social conditions**. Eurostat.
- Asociación Internacional de la Seguridad Social, (2010). Seguridad social dinámica para Europa: un modelo social de recuperación y rendimiento. **Perspectiva de la Política Social**.
- Bertranou Fabio M., Solorio Carmen, Van Ginneken Wouter, (2002). **Pensiones no contributivas y asistenciales**. Organización Internacional de trabajo, Santiago de Chile.
- Beveridge William, (1942). **Social Insurance and allied services**. Londres: HMSO.
- Binstock Robert, (1998). **The welfare state in the twenty-first century** Vol. 38. Cambridge.
- Breznau Nate, (2010). **Economic equality and social welfare: policy preferences in five nations**. Oxford: Universidad de Oxford.
- CEPAL, (2007). **Estudio sobre la protección social de la tercera edad en el Ecuador**. Imagine Comunicación. Quito - Ecuador.
- Chesnais, Jean-Claude, (1990). **El Proceso de envejecimiento de la población**. Centro Latinoamericano de Demografía, Santiago.
- Comisión Europea, (2011). **La seguridad social en Finlandia**. Unión Europea.  
[http://ec.europa.eu/employment\\_social/empl\\_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Finland\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Finland_es.pdf). [Consulta: 5 de junio de 2012].
- Conde Ruiz Ignacio, Ocaña Orbis Carlos y Pérez-Quiros Gabriel, (2007). **Análisis cuantitativo del estado de bienestar en Europa: Modelos y resultados**. Madrid: Fundación de estudios de economía aplicada.
- Draibe Sonia y Riesco Manuel, (2006). **Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea**. México: CEPAL.
- Eguía Begoña, (1997). **Seguridad social y estructura demográfica en un modelo de ciclo vital con edad de retiro endógena**. Universidad de Vasco. España.
- Esping-Andersen, G. (1990) **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Gran Bretaña - Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen, G. (1994) **Welfare states and the economy**. In N.J. Smelser and R. Swedberg (eds.). The Handbook of Economic Sociology. New York.

- Fedesarrollo, (2009). ***Evaluación de impacto de tres programas y línea de base de un programa del servicio nacional de aprendizaje – sena.*** <http://www.sena.edu.co/downloads/2010/planeacion/Informe%20Final%20Fedesarrollo%20-%20SENA%20diciembre%202009.pdf> [Consulta: 25 de octubre de 2012].
- Finnish centre for pension, (2010). ***The pension system, Pension Insurance.*** Finlandia. <http://www.etk.fi/en/service/home/770> [Consulta: 2 de junio de 2012].
- Flora Peter y Heidenheimer, (1981). ***The development of welfare states in Europe and America.*** New Jersey.
- Furlani Mauro, (2009). ***El estado de bienestar: auge y resquebrajamiento.*** Argentina.
- González Roaro Benjamín, (2003). ***La seguridad social en el mundo.*** México.
- Grignon Michel, Haberkern Klaus, Neuberger Franz y Schmid Tina, (2012). ***The role of the elderly as providers and recipients of care.*** OCDE.
- Hills John, (1995). ***Funding the welfare state.*** Oxford: Universidad de Oxford.
- International Monetary Fund, (2001). ***Manual on government finance statistics.*** Washington.
- Jacobs Lawrence, Lapinski John, Riemann Charles, Shapiro Robert y Stevens Matthew. (1998). ***Welfare state regimes and subjective well-being: a cross-national study.*** New York: Universidad de Columbia.
- Juárez Gloria de la Luz y Sánchez Alfredo, (2003). ***Transformaciones en el estado de bienestar.*** Barcelona.
- Khandker Shahidur, Koolwal Gayatri, Samad Hussain, (2010). ***Handbook on Impact Evaluation Quantitative Methods and Practices.*** Washington.
- Meier Volker y Werding Martin, (2010). ***Ageing and the welfare state: securing sustainability.*** Oxford: university of Oxford
- Moreno Luis, (2003). ***Estado de Bienestar y 'Mallas de Seguridad'.*** Madrid: Unidad de políticas comparadas.
- Moreno Luis (2009). ***Reforma y reestructuración del Estado del Bienestar en la Unión Europe.*** Madrid: Unidad de políticas comparadas.
- Navarro Hugo, (2005). ***Manual para la evaluación de impacto de proyectos y programas de lucha contra la pobreza.*** Santiago de Chile. Naciones Unidas.
- OECD, (2010). ***National Accounts of OECD Countries 201*** Volume II. <http://www.oecd.org/statistics/> [Consulta: 10 de mayo de 2012].
- OECD, (2011). ***Pensions at a glance 2011: retirement – income systems in OECD and G20 countries.*** <http://www.oecd.org/statistics/> [Consulta: 12 de mayo de 2012].
- Olafsdottir Sigrun y Sachweh Patrick, (2010). ***The welfare state and equality Stratification realities and aspirations in three welfare regimes.*** Oxford: University of Oxford.

- Oosterbeek Hessel, Ponce Juan, Schady Norbert, (2008). ***The impact of cash transfers on scholl enrollment: evidence from Ecuador***. Banco Mundial.
- Ordóñez Barba, (2002). ***El estado de bienestar en las democracias occidentales: lecciones para analizar el caso mexicano***. México: Colegio de Sonora.
- Pérez José Luis, (2010). Ciclos vitales y seguridad social: trabajo y protección social en una realidad cambiante. ***Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración***. España.
- Repo Katja, (2003). ***Acerca del modelo de atención social de los países nórdicos: el ejemplo de Finlandia***. Finlandia: Universidad de Tampere.
- Robles Claudia, (2009). ***América Latina y la protección social: Avances y desafíos para su consolidación***. CEPAL. Chile.
- Sainsbury Eric, (1979). ***The State of Welfare***. Gran Bretaña: Escuela de economía de Londres.
- Svallfors Stefan, (1997). ***Worlds of welfare and attitudes to redistribution: a comparison of eight western nations***. Oxford: Universidad de Oxford.
- Tagle Martha, (2012). ***Los prototipos del Estado de Bienestar: el estado frente a la seguridad del ciudadano***. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Turner John, (2007). ***Edades de jubilación de la seguridad social en 23 países de la OCDE: 1949-2035***. Washington: Instituto de política pública de la asociación americana de jubilados.
- Venturi y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1994). Los Fundamentos Científicos de la Seguridad Social. ***Colección Seguridad Social, Núm. 12***. Madrid.
- Wedderburn Dorothy, (1964). ***Facts and theories of the welfare state***. The socialist register. <http://www.socialistregister.com/index.php/srv/article/view/5952> [Consulta: 8 de mayo de 2012]
- Whiteford Peter y Whitehouse Edward, (2006). ***Pension challenges and pension reforms in OECD countries***. Oxford: University of Oxford.
- Whittington Frank, (2012). ***Old age in the welfare state***. Oxford: Sociedad de gerontología de América.
- World Health Organisation, (2000). ***Social Security***. <http://www.who.int/es/> [Consulta: 22 de junio de 2012]
- ZaidiAsghar, (2008). ***Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea***. Centro Europeo.



# Anexos

## Anexo 1.

### Contribuciones sociales a los gobiernos de la OCDE, 1996-2010

Porcentaje del PIB

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Australia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	..
Austria	17.3	17.1	17.1	16.8	16.6	16.3	16.4	16.2	16.1	15.9	15.7	15.9	16.6	16.3
Belgium	16.3	16.3	16.3	16.0	16.2	16.5	16.4	16.0	15.8	15.6	15.7	16.1	16.8	16.5
Canada	4.8	4.8	4.7	4.6	4.8	5.0	5.0	4.8	4.8	4.7	4.6	4.5	4.9	4.6
Chile	1.8 e	1.9 e	2.1 e	2.1 e	2.2 e	2.3 e	2.2	2.0	1.9	1.8	1.9	2.0	2.0	..
Czech Republic	15.1	14.9	15.0	15.1	15.0	15.5	15.7	15.5	15.5	15.7	15.7	15.6	15.0	15.3
Denmark	2.0	2.0	2.5	2.6	2.6	2.1	2.1	2.1	2.0	1.9	1.9	1.8	1.9	1.9
Estonia	11.4	11.2	11.1	11.0	10.7	11.0	10.7	10.4	10.4	10.2	10.6	11.7	13.3	13.3
Finland	13.3	13.0	13.0	12.1	12.2	12.0	11.9	11.8	12.1	12.4	12.0	12.2	12.9	12.7
France	20.0	17.9	18.1	17.9	17.9	18.0	18.3	18.1	18.2	18.2	18.0	18.1	18.7	18.6
Germany	19.5	19.2	19.0	18.6	18.4	18.4	18.5	18.1	17.9	17.3	16.5	16.5	17.3	16.9
Greece	12.0	12.2	12.3	12.6	12.7	13.7	13.9	13.4	13.5	12.4	13.0	13.2	12.7	13.1
Hungary	14.1	13.9	13.3	13.4	13.1	12.9	12.7	12.4	12.6	12.7	13.9	13.8	13.3	12.1
Iceland	2.7	2.7	2.8	2.9	2.8	2.9	3.1	3.0	3.2	3.3	3.0	2.8	3.1	4.1
Ireland	5.8	5.5	5.5	5.6	5.7	5.7	5.7	5.9	6.0	6.1	6.3	6.8	7.5	7.5
Israel <sup>1</sup>	7.0	6.9	6.8	6.8	7.2	7.3	7.4	7.2	7.1	6.9	6.8	6.9	6.6	6.8
Italy	14.9	12.7	12.3	12.4	12.2	12.3	12.5	12.6	12.7	12.7	13.2	13.8	14.0	13.7
Japan	9.7	9.9	10.0	10.0	10.4	10.5	10.9	10.4	10.6	10.8	10.9	11.4	11.7	..
Korea	3.0	3.5	3.7	4.0	4.5	4.7	5.0	5.2	5.5	5.7	5.9	6.1	6.4	..
Luxembourg	11.1	11.2	11.0	10.9	11.8	11.8	11.7	11.6	11.3	10.8	10.7	10.9	12.3	11.8
Mexico	..	..	..	..	..	..	2.0	1.8	1.7	1.7	1.6	1.5	1.6	..
Netherlands	16.2	16.1	16.6	16.4	14.7	14.3	14.7	14.9	13.9	14.8	14.2	15.2	14.6	14.8
New Zealand	1.7	1.8	1.4	1.1	1.1	1.2	1.1	1.0	1.0	1.2	1.2	1.2	1.3	..
Norway	9.6	10.3	10.1	8.9	9.3	9.9	9.8	9.4	8.9	8.8	9.1	9.0	10.1	9.8
Poland	11.7	11.6	13.7	12.9	13.4	12.9	12.8	12.3	12.3	12.2	12.0	11.3	11.3	11.1
Portugal	10.2	10.3	10.2	10.6	10.8	11.1	11.6	11.6	11.9	11.8	11.6	11.9	12.5	12.2
Slovak Republic	15.1	14.9	14.1	14.2	14.4	14.7	14.0	13.3	12.8	11.9	11.9	12.2	12.8	12.5
Slovenia	14.4	14.5	14.2	14.4	14.6	14.5	14.4	14.4	14.5	14.3	13.9	14.3	15.3	15.5
Spain	12.8	12.7	12.8	12.9	13.0	13.0	13.0	13.0	12.9	12.9	13.0	13.2	13.3	13.2
Sweden	13.5	13.5	12.0	13.1	12.6	11.7	11.4	11.1	10.7	9.8	9.9	9.0	8.7	8.8
Switzerland	7.4	7.3	7.2	7.2	7.5	7.6	7.5	7.0	7.0	6.9	6.8	6.8	7.1	7.0
Turkey	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6.7	6.6	6.3	7.2	..
United Kingdom	7.4	7.3	7.5	7.6	7.7	7.4	7.8	8.1	8.4	8.3	8.2	8.4	8.6	8.5
United States	7.1	7.2	7.1	7.2	7.2	7.1	7.1	7.0	7.0	7.0	6.9	7.0	7.0	6.9
Euro area	17.1	16.1	16.1	15.8	15.6	15.6	15.7	15.5	15.4	15.3	15.1	15.3	15.8	15.6
OECD-Total	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

Fuente: OCDE, 2010

## Anexo 2.

Litetaulukko 7. Sosiaalimenot suhteessa bruttokansantuotteeseen pääryhmittäin vuosina 1980–2009, %  
 Bilagetabell 7. Sociala utgifter efter funktion i förhållande till bruttonationalprodukten 1980–2009, %  
 Appendix Table 7. Social expenditure as a share of GDP by function 1980–2009, %

Vuosi	Sairaus ja terveys	Toiminta- rajoitteisuus	Vanhuus	Leski ja muut omaiset	Perhe ja lapset	Työttömyys	Asuminen	Muu sosiaaliturva	Hallinto	Yhteensä
År	Sjukdom/hälsö- och sjukvård	Funktionshinder	Ålderdom	Efterlevande	Familj och barn	Arbetslöshet	Boende	Övrigt socialt skydd	Administration	Totalt
Year	Sickness and health	Disability	Old age	Survivors	Family and children	Unemployment	Housing	Other social protection	Administration	Total
1980	5,4	3,1	5,9	0,9	1,9	0,8	0,2	0,2	0,6	19,0
1981	5,6	3,1	6,1	1,0	1,9	0,8	0,2	0,2	0,6	19,5
1982	6,1	3,0	6,2	1,0	2,3	1,1	0,2	0,2	0,7	20,7
1983	6,1	3,1	6,6	1,0	2,4	1,2	0,2	0,2	0,6	21,5
1984	6,1	3,3	6,8	0,9	2,4	1,2	0,2	0,3	0,7	22,0
1985	6,4	3,4	7,1	1,0	2,6	1,7	0,2	0,3	0,7	23,4
1986	7,0	3,4	7,0	1,0	2,6	1,8	0,2	0,4	0,8	24,1
1987	6,7	3,5	7,3	1,0	2,7	1,9	0,1	0,4	0,8	24,4
1988	6,5	3,4	6,9	1,0	2,7	1,7	0,2	0,4	0,8	23,4
1989	6,3	3,4	6,7	0,9	2,8	1,4	0,2	0,4	0,8	23,0
1990	6,8	3,7	7,0	1,0	3,2	1,4	0,2	0,5	0,9	24,6
1991	7,6	4,3	8,1	1,1	3,8	2,5	0,3	0,6	0,9	29,2
1992	7,5	4,9	9,0	1,3	4,1	4,2	0,4	0,7	0,9	33,1
1993	7,1	5,0	9,4	1,3	4,0	5,3	0,4	0,7	0,9	34,2
1994	6,7	4,9	9,2	1,3	4,5	5,1	0,5	0,7	0,9	33,7
1995	6,4	4,6	8,8	1,2	4,1	4,4	0,5	0,6	0,9	31,5
1996	6,5	4,5	9,1	1,2	3,8	4,3	0,4	0,7	1,0	31,4
1997	6,2	4,2	8,5	1,1	3,6	3,8	0,3	0,7	0,8	29,1
1998	5,9	3,8	8,0	1,0	3,3	3,1	0,4	0,6	0,8	27,0
1999	5,9	3,6	8,0	1,0	3,2	2,9	0,4	0,5	0,7	26,2
2000	5,8	3,4	7,7	1,0	3,0	2,6	0,4	0,5	0,8	25,1
2001	5,9	3,3	7,9	1,0	2,9	2,4	0,3	0,5	0,8	24,9
2002	6,2	3,3	8,2	1,0	2,9	2,4	0,3	0,5	0,8	25,7
2003	6,4	3,4	8,5	1,0	2,9	2,5	0,3	0,6	0,9	26,6
2004	6,6	3,4	8,6	1,0	3,0	2,5	0,3	0,5	0,8	26,7
2005	6,7	3,4	8,7	0,9	3,0	2,4	0,3	0,5	0,8	26,7
2006	6,7	3,2	8,7	0,9	2,9	2,2	0,3	0,6	0,8	26,2
2007	6,5	3,1	8,6	0,9	2,8	1,9	0,2	0,5	0,8	25,4
2008	6,9	3,2	8,8	0,9	2,9	1,8	0,4	0,6	0,8	26,3
2009	7,6	3,6	10,5	1,0	3,3	2,4	0,5	0,7	0,8	30,6

Fuente y elaboración: Finnish center forpensions

### Anexo 3.

**Cuadro 28. Resultado de las 20 variables de la regresión discontinua**

Variable	Coef.	Std. Err.	z	P>z	95% de confianza	
Obtiene el agua por red pública	-0,043	0,031	-1,4	0,161	-0,103	0,017
Tipo de vivienda: choza, covacha, rancho u otros	0,009	0,028	0,31	0,753	-0,046	0,064
Material del techo: palma, paja, hoja u otro	-0,005	0,008	-0,55	0,586	-0,021	0,012
Material del piso: tierra u otro material	-0,006	0,014	-0,39	0,697	-0,034	0,023
Material de la pared: bahareque, caña u otro	0,054	0,020	2,75	0,006	0,015	0,092
Tiene vivienda propia	0,003	0,008	0,34	0,735	-0,013	0,018
Escolaridad	0,028	0,115	0,24	0,808	-0,197	0,253
Activos	0,863	0,273	3,16	0,002	0,327	1,399
Botan la basura en la calle/quebrada/río/lote, la queman, la entierra, reciclan, contratan el servicio	0,024	0,026	0,94	0,345	-0,026	0,075
Beben el agua sin darle ningún tratamiento	-0,079	0,035	-2,27	0,023	-0,146	-0,011
El suministro de agua de la vivienda está ubicado fuera de la vivienda	-0,027	0,028	-0,99	0,324	-0,082	0,027
Alumbrado del hogar: vela/candil/mechero/gas o ninguno	0,001	0,002	0,37	0,709	-0,004	0,005
Cocina con otro tipo de combustible o no cocina	0,005	0,009	0,55	0,58	-0,013	0,024
No usa gas para el calefón	0,001	0,004	0,33	0,743	-0,007	0,010
La ducha comparte con otros hogares o no tiene	-0,030	0,037	-0,81	0,42	-0,103	0,043
Recibe remesas	0,011	0,011	1,06	0,29	-0,010	0,032
Recibió algún tipo de crédito	0,011	0,012	0,96	0,339	-0,012	0,035
Tiene animales de crianza	0,021	0,022	0,96	0,339	-0,022	0,064
Usó el crédito en enfermedad	-0,004	0,004	-0,88	0,38	-0,013	0,005
Tiene tierras propias	0,031	0,022	1,41	0,158	-0,012	0,075

**Fuente:** MCDS - Registro Social

**Elaboración:** Andrea Ledesma